

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

PAR

Henri FAUVEL

Interne des Asiles

RECHERCHES

SUR LA

FONCTION THYROÏDIENNE

DANS LES

PSYCHOSES PÉRIODIQUES

Président de Thèse : M. le Professeur HENRI CLAUDE,

BRETTEVILLE Frères, Imprimeurs-Editeurs
Yvetot

1922

A LA MÉMOIRE DU D^r COURTELLEMONT

Professeur de Clinique médicale
à l'Ecole de Médecine d'Amiens
mon premier et admirable maître
Engagé volontaire, tué à Combles, comme
médecin auxiliaire, Juin 1916.

« Et, toujours je verrai, auréolés de gloire,
monter du passé mort et de la tombe noire les
visages charmants de mes amis perdus »

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Henri CLAUDE

Professeur de Clinique
des maladies mentales et de l'Encéphale

Médecin de l'Asile Clinique,

Médecin des Hôpitaux,

Officier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DANS LES ASILES

Monsieur le Docteur POCHON.

Monsieur le Docteur G. GASSIOT.

Monsieur le Docteur LATAPIE,
Médecins chefs à l'Asile de Saint-Yon.

Monsieur le Docteur BARUK,
Médecin Directeur de l'Asile de Ste-Gemmes.

Monsieur le Docteur René BESSIÈRE,
Médecin chef à l'Asile d'Evreux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Ma profonde gratitude pour leur affectueuse
amitié et leur grand dévouement.

Monsieur Félix PANCIER, Directeur de l'Ecole
de Médecine d'Amiens.

Monsieur le Docteur MONLONGUET.

Monsieur le Docteur LABARRIÈRE.

Monsieur le Docteur PAUCHET.

Monsieur le Docteur THIBAUT.

Monsieur le D^r SARRAZIN.

Monsieur le D^r TURLAY.

Monsieur le D^r PAPIN.

Monsieur le D^r METZGER.

Monsieur le D^r Charles MARTIN,

Monsieur le D^r ANTOINE.

Monsieur le D^r MAUGOURD.

Professeurs à l'Ecole de Médecine d'Angers.

Monsieur le Docteur MIRALLIÉ, Directeur de
l'Ecole de Médecine de Nantes.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
J.-A. SICARD

A MONSIEUR GEORGES JUBAULT
Directeur de l'Hôpital Necker

INTRODUCTION

La glande thyroïde dans la Pathologie mentale. — Ses relations avec les psychoses périodiques. — Nécessité d'une méthode d'analyse expérimentale

L'observation des malades d'un asile départemental permet de découvrir un certain nombre de sujets porteurs d'une hypertrophie du corps thyroïde. Dans la Seine-Inférieure, région où l'endémie goitreuse n'est pas signalée, nous avons compté à l'Asile Saint-Yon, dans un service de 450 chroniques femmes, un total de 25 goitres.

C'est là une proportion intéressante de 1 goitre sur 18 aliénées. Nos malades se répartissent ainsi :

Goitres simples : 13	Délire de persécution hallucinatoire :	2
	Démence précoce :	8
	Imbécile :	1
	Démence délirante :	2
Goitres symptomatiques de maladie de		
Basedow : 12	Psychoses périodiques :	8
	Délires survenus à la ménopause :	2
	Démence précoce :	1
	Paranoïa périodique devenue chronique :	1

Cette énumération comporte seulement les goitres nettement caractérisés, dont le volume dépasse pour plusieurs la taille du poing. Nous y voyons la coïncidence de l'hypertrophie thyroïdienne avec des états mentaux fort différents : dans le premier groupe, un seul cas à rapprocher de la description de l'idiotie myxœdémateuse de Bourneville ; dans le second, des malades chez lesquels les symptômes

nerveux du goitre exophtalmique déjà signalés par Trousseau, puis décrits par Delasiauve, se retrouvent mais peuvent sembler d'intérêt secondaire devant l'expression psychopathique. Entre ces diverses psychoses et la présence du goitre, existe-t-il d'autres rapports qu'une simple association fortuite ?

Les recherches de M. Gley ont prouvé que le corps thyroïde est indispensable au développement du cerveau et nous pourrions rattacher notre cas d'imbécillité à la dysgénésie thyroïdienne concomitante. Par contre, pour les douze autres goitres simples, l'interdépendance thyropsychoïque n'est pas évidente.

Les renseignements évolutifs nous ont manqué pour la discuter.

Mais, chez certaines de nos Basedowiennes, le syndrome psychique a présenté des relations variées avec la psychose ; nous reviendrons sur ce fait au cours de notre travail.

Il faut faire la séparation nette des cas de goitre sans influence sur la psychogénèse morbide : il s'agit souvent de faits d'espèce dont chacun mérite une discrimination spéciale. Signalons cependant la prédominance de goitres chez les D. P., du syndrome de Basedow chez les périodiques.

Nous avons tenu d'ailleurs à rassembler ces goitres, car des traits psychiques secondaires, mais communs, permettent de les rapprocher. Ce sont les éléments de la constitution goitreuse.

Il existe chez ces goitreux un fond spécial du caractère, retrouvé chez tous, fait de susceptibilité et de méfiance foncière. Ils sont insociables, s'isolent, ne communiquent pas avec leurs camarades, ne se livrent pas à l'interrogatoire, et lors d'une souffrance physique refusent tout secours du médecin. Ils ont une perpétuelle tendance à l'interprétation préjudicielle, ce qui commande leur méfiance. Mais ils ne paraissent pas orgueilleux et différents par là des paranoïaques. On les voit sujets à de fréquents emportements impulsifs, ils passent par des alternatives d'amitié et de haine envers leurs voisins et, même dans leurs actes, mettent parfois une véritable méchanceté.

Retranchons ce dernier élément, donnons à notre malade de la confiance en lui-même, de l'euphorie, de l'excitation psychomotrice, nous croirons reconnaître un hypomaniaque.

Nous avons noté, en effet, dans l'hypomanie, les traits essentiels de l'état décrits par Sainton, sous le nom de Basedowisme. Nous

avons examiné cinq hypomaniaques : chacune d'elles porte un goitre fruste, accompagné de tremblement, de troubles vaso-moteurs, de troubles menstruels, avec même instabilité des sentiments affectifs, explosion de colères non justifiées.

C'est donc dans les psychoses périodiques ou dans les états voisins que la fréquence des signes de dysthyroïdie retient plus spécialement l'attention.

Depuis une quinzaine d'années, la question des psychoses thyroïdiennes a occupé une place importante dans la nosologie psychiatrique. On la trouve traitée au congrès de Dijon, en 1908. M. Laignel-Lavastine, dans son rapport sur les « troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne » fut amené à délimiter le rôle de l'intoxication endocrinienne. Agrandissant la conception de Régis sur la pathogénie toxique des délires, il soulignait l'influence de l'auto-intoxication d'origine endocrine.

L'étude des psychoses thyro-toxiques a suscité des travaux considérables. Dans une série de publications, le professeur Parhon, de Bucarest, leur a attaché son nom.

Si nous rangeons sous le titre de Thyroïdoses, l'ensemble des troubles psychiques provoqués par la viciation des sécrétions thyroïdiennes, il faut séparer :

D'une part, les faits d'insuffisance :

congénitale : cause du myxoédème, d'état d'agénésie cérébrale.

ou acquise	} certains cas de démence précoce.
avec instabilité	
ou dysthyroïdie	

De l'autre, ceux d'hyperthyroïdie : plus spécialement rapportés aux Psychoses Périodiques. Cette dernière notion étiologique a évolué suivant deux phases principales. La première voit paraître des observations isolées signalant les rapports de la maladie de Basedow : avec la manie, dès 1871, par Meynert, Laehr, Yung, Johnston, Landouzy ; avec la mélancolie (1865) Paul, Delasiauvé, Noëté ; avec l'hystérie Bruch (1862) ; avec les délires, elle dure jusqu'en 1906.

La seconde date de la revue originale de Parhon et Marbe parue en 1906 dans l'Encéphale. Ces auteurs instituent la lésion thyroïdienne à l'origine d'états mentaux parfaitement définis, tels que la manie et la mélancolie, et limitent cette influence à la Psychose

maniaque dépressive de Krœpelin. En 1910, dans son livre « Recherches sur les glandes à sécrétion interne dans leurs rapports avec la pathologie mentale », Parhon dresse une statistique des cas de Syndrome de Basedow accompagnés de troubles mentaux. Sur 87 cas, 57 cas doivent être rapportés à la maniaque dépressive, et, en rapprochant dix cas de psychasténiques (assimilation autorisée par l'évolution commune de la psychasthénie et de la mélancolie sur une base d'anxiété, et leur parenté de symptômes), il englobe sous le nom de « psychoses affectives » la majeure partie des psychoses thyroïdiennes. Pour lui, une description nosologique devra placer à côté du syndrome de Basedow, les états de manie et de mélancolie, dans une étiologie commune.

Les idées de Parhon ont reçu leur confirmation par l'adoption d'une thérapeutique antithyroïdienne, basée sur l'organothérapie, la thyroïdectomie partielle, ou la radiothérapie ; et plusieurs observations de Parhon et ses élèves, de Ballet et Delmas, Brissot, Laignel-Lavastine, ont apporté des résultats favorables.

De nombreux faits anatomo-pathologiques ont été publiés d'autre part.

Dans une conférence faite en 1921, à la Faculté de Paris, M. Laignel-Lavastine confirme la fréquence des troubles thyroïdiens dans les psychoses périodiques.

Pendant une année nous avons pu nous consacrer à cette étude.

Nous avons recherché les symptômes de dysthyroïdie dans les états mentaux périodiques. Sous ce nom, nous avons envisagé la psychose maniaque dépressive tout entière, au sens Krœpelinien, observant des malades au cours de récidives, ou d'un premier accès.

Nous comprenons également dans cet examen des formes mixtes d'états délirants hallucinatoires, ou d'états paroxystiques de l'humeur à forme périodique.

Une entité spéciale, sur laquelle nous nous proposons de revenir ailleurs a fait partie aussi de nos recherches : la confusion mentale périodique. Nous appellerons ainsi des états confusionnels, survenus chez des périodiques, caractérisés par l'incohérence des idées et des actes, l'indifférence émotive et affective complètes, l'athymie, des troubles délirants et hallucinatoires variables, et l'amnésie lacunaire de l'accès. Nous ferons remarquer la fréquence de cette forme confusionnelle chez les périodiques de longue date,

à récidives rapprochées, et sa co-existence avec des signes d'intoxication organique.

C'est pourquoi cette forme nous a particulièrement intéressé dans la recherche d'une étiologie endocrinienne.

Tous ces états possèdent pour caractères communs : l'intermittence, l'absence de déficit intellectuel intercalaire et le même lien pathogénique : constitutionnel et toxique.

Ils sont à séparer nettement de la psychose épileptique et des formes circulaires de la démence précoce.

Nous avons eu l'occasion de recueillir quatre observations de Basedowiennes, chez lesquelles le syndrome physique a subi une recrudescence parallèle à l'évolution de l'accès.

Nous nous sommes efforcés de déterminer les modifications organiques caractéristiques de ces accès, considérées sous le point de vue spécial endocrinien.

Mais l'association de Basedow n'est pas constante, l'exposé des symptômes physiques, l'apport de faits cliniques restent insuffisants pour faire la preuve des troubles thyroïdiens : nous avons voulu pratiquer chez les périodiques l'étude des tests pharmacodynamiques.

Les réactions spécifiques, suivant l'état des fonctions endocrines, fournissent le véritable critérium physiologique d'exploration de ces fonctions. La méthode expérimentale est indispensable pour vérifier ou infirmer chez cette catégorie de malades la participation thyroïdienne.

Il ne nous semble pas qu'un travail de ce genre ait été jusqu'à présent réalisé, en France, tout du moins.

C'est dans le service de M. Gassiot que nous avons fait ces expériences. Nous remercions particulièrement notre médecin-chef de l'Asile Saint-Yon, de sa bienveillance et de la liberté qu'il nous a accordée. L'intérêt qu'il nous porte et ses encouragements nous sont précieux.

A MM. Candellier et Bretteville, qui se sont chargés de ce travail avec tant d'amabilité et d'empressement, nous adressons notre très vif remerciement.

Nous avons employé dans notre étude la méthode des tests biologiques, dont M. le professeur Claude a introduit la technique en endocrinologie.

Nous avons eu le plaisir de porter nos observations à M. le professeur Claude : son accueil, son attention à nous lire et à nous écouter, nous ont extrêmement touché.

Ses conseils nous ont permis de mener à bien notre travail. Nous exprimerons à M. Claude notre très respectueuse reconnaissance.

PREMIERE PARTIE

BASEDOWIENNES PÉRIODIQUES

Parmi les accès de psychoses périodiques observés par nous au cours de l'année 1921, nous avons remarqué spécialement quatre femmes, atteintes simultanément de maladie de Basedow.

L'évolution de ces malades nous a permis de relever à leur sujet des constatations d'un vif intérêt.

Elles furent le point de départ de nos recherches ultérieures, et méritent de notre part une brève description clinique.

Ce sont :

Obs. 1. — M^{me} F..., 63 ans : Accès mélancolique (2^{me} accès).

Obs. 2. — M^{me} C..., 44 ans : Bouffée délirante hallucinatoire (2^{me} internement).

Obs. 3. — M^{lle} H..., 29 ans : Accès mélancolique (4^{me} intern^t).

Obs. 4. — M^{lle} V..., 30 ans : Accès maniaque (2^{me} accès).

Chez toutes ces malades, on note un véritable parallélisme entre l'intensité du syndrome basedowien et le développement de l'accès. Je veux dire que ces femmes sont arrivées en traitement avec une exacerbation de tous les signes physique de la névrose, coïncidant avec l'apparition des troubles psychiques et, à mesure de la rétrocession de ceux-ci, s'établit une atténuation des manifestations de Basedow.

Chez notre première malade, des troubles subjectifs intenses disparaissent, avec l'amélioration des signes vasculaires et la diminution de volume du goître.

La seconde n'avait plus à sa sortie qu'une exophtalmie appréciable.

Pour les deux dernières, le syndrome Basedow fut particulièrement fugace, et ne survit pas à la guérison de la psychose.

Observation 1. — M^{me} F..., : *Délire mélancolique.*

63 ans. A l'asile pendant 7 mois (juillet 1921-février 1922), 1^{er} séjour.

Veuve. 2 enfants b. p.

Commerçante active et habile, occupe à Evreux une situation très importante, tenant elle-même la direction de son négoce.

Antécédents. — Père nerveux, pas d'aliénés.

— A l'âge de 45 ans, a fait un accès antérieur de dépression (neurasthénie), d'une durée de 6 mois.

— Tempérament émotif, loquacité, suractivité intellectuelle, gaieté exubérante, vivacité motrice constante.

Syndrome mental. — **Début.**

Au mois de mars 1921, la crise difficile qui bouleverse les affaires est pour elle un sujet de vive préoccupation. M^{me} F... devient anxieuse, craint pour sa maison, désespère de l'avenir. Rapidement, elle présente un état de trouble très marqué et émet des idées délirantes : de culpabilité, de ruine, de remords. Cesse son travail. Elle s'arrête à l'idée fixe de suicide et fait deux tentatives de strangulation. On la fait interner dans une maison de santé privée. S'accuse d'une mauvaise organisation de sa vie, se croit indigne de l'existence et manifeste une anxiété permanente.

Puis, une détente légère apparaît : il y a alternance d'un jour de calme relatif et d'un autre de lamentation agitée. Mais, elle pleuré, se frappe la tête contre les murs, se frappe la poitrine, ébauche des idées de négation, « n'a plus de cœur », tandis que les idées de suicide ont disparu.

Examen.

Conscience complète de sa situation : « L'internement est son déshonneur, le déshonneur de toute sa famille ».

Bonne mémoire ; pas d'affaiblissement.

Dégoût du travail ; reproches personnels.

Préoccupations financières.

Sentiments d'impuissance, de ne plus pouvoir aimer, ni prier :
« A la naissance de ma petite-fille, j'étais près de ma fille, je n'avais pas l'empressement que je devais avoir ».

« Mon fils a fait la guerre, il aurait mieux valu qu'il meure là-bas ! » — Avoue ses tentatives de suicide.

Anxiété fondamentale.

Craintes de toutes sortes sur sa santé, sur l'avenir.

Demande de nombreux médicaments, supplie qu'on « stimule sa volonté ».

Irritabilité : Se montre très susceptible, exigeante à l'extrême.

Etat physique. — Troubles Endocriniens :

Etait hypoménorrhéique constitutionnelle.

Depuis la ménopause à 47 ans, un *goitre* a fait rapidement son apparition.

Il s'agit d'une hypertrophie moyenne du C. thyroïde, globale et régulière, assez ferme, sujette à un accroissement passager sous l'influence des émotions, et qui s'est notablement accrue depuis la maladie actuelle.

A ce niveau, hyperesthésie tégumentaire (signe de Lian). Il s'accompagne de plusieurs signes de maladie de Basedow :

— Appareil oculo-palpébral

motilité du globe normale, pas d'exophtalmie, ni d'éclat oculaire, mais rareté du clignement ; pigmentation de la paupière supérieure (signe de Teillais) ;

— Tremblement des doigts, très marqué, excessif, involontaire.

— Troubles circulatoires :

Tachycardie modérée, P. 90, avec pouls petit et instable.
Eréthisme cardiaque, perçu par la malade : palpitations.
Hypertension pour la pression systolique M^x 18.

Mⁿ 9.

Hypertonie du Sympathique, caractérisée par l'inversion du réflexe oculo-cardiaque :

	avant	après
compression de 15 sec. :	21	23

Troubles vaso-moteurs : poussées congestives face et cou.

— Troubles de la thermogénèse et du métabolisme :

Fréquentes bouffées de chaleur et crises sudorales. Transpiration constante.

Sensation de chaleur physique, avec thermophobie, crainte de l'été, recherche des courants d'air et subagitation motrice.

La malade signale de l'amaigrissement ; elle a un aspect fatigué et ses vêtements deviennent trop amples.

Elle se plaint de diarrhées, par crise soudaines, assez fréquentes (3 selles par jour).

— Appareil urinaire :

Aurait eu de la glycosurie pendant trois mois au début de cet accès.

Volume : 1 litre.

Albumine : traces.

Glycose : 0.

Pupilles : normales.

Système nerveux : normal.

Évolution. — La malade, passée dans un autre service, est d'abord laissée au régime lacté et soumise à l'alitement.

Elle manifeste une irritabilité incessante, mais les troubles mentaux s'atténuent.

Une tentative de sortie par la famille, prématurée, échoue, et détermine la réapparition de l'anxiété, et d'actives idées délirantes à la suite d'un syndrome confusionnel passager.

Puis la malade passe par des oscillations alternatives d'hypomanie coléreuse et d'anxiété bruyante pendant plusieurs mois.

Son irascibilité déteint même sur ses sentiments affectifs qu'elle avait très développés.

Enfin, ces troubles s'atténuent progressivement. Mme F... passe presque inaperçue dans le service, quand sa famille la reprend, et nous apprenons qu'elle se comporte normalement au dehors.

A son départ : P. 80.

TA M^x 16.

Mⁿ 11.

Le goître a diminué de volume, la consistance est plus dure, la sensibilité du contact de l'épingle n'est plus douloureuse.

En même temps, la malade ne signale plus de troubles subjectifs et présente un certain embonpoint.

Il s'agit donc d'un deuxième accès mélancolique. Le premier survint à la ménopause avec l'apparition du goitre, mais sa gravité fut moindre.

Cette malade n'est entrée qu'assez tardivement à l'asile, et nous n'avons pu saisir au début l'importance des modifications physiques, notamment la glycosurie et l'accroissement du goitre, par contre, nous avons facilement constaté cette amélioration physique avec l'heureuse évolution du délire mélancolique.

Observation 2. — M^{me} C..., 44 ans : *Bouffées délirantes hallucinatoires.*

Domestique.

Divorcée après 4 ans de ménage ; troubles du caractère à son reproche.

1 enfant, mort : imperforation anale.

Une fausse-couche à trois mois.

Avoue la syphilis.

Premier séjour 1920. Durée : quatre mois.

Symptômes d'excitation intellectuelle avec idées de persécution et hallucinations multiples. Association de nombreuses interprétations délirantes. Se croit victime d'une conspiration ourdie par une bande de magiciens, dont une patte d'oie et un carreau sont les emblèmes.

Irritabilité. — Amélioration. Sortie guérie.

Deuxième séjour 1921 : Durée trois mois. Entrée octobre 1921.

Etat mental. — A repris son métier de cuisinière, mais depuis dix jours, elle est à nouveau « travaillée » par des persécuteurs. « On a dit qu'il fallait me faire disparaître... Ils sont arrivés à leurs fins... Tout à coup, il me ratatinent les membres, me font remuer les mains, par la radio, l'électricité et le spiritisme ».

Délire hallucinatoire avec idées de persécution, troubles psychosensoriels, troubles de la cénesthésie.

Etat physique :

Aspect tragique du goitre exophtalmique. Exorbitisme très accusé, regard brillant, courroucé (signe de Graefe et de Stellwag).

Tremblement qui devient très évident quand on fait écrire la malade, tenir une aiguille ou qu'on l'interroge sur ses persécutions.

Palpitations : pouls à 100.

Goitre de volume moyen, non douloureux.

Réflexivité tendineuse, cutanée normale. Pas de signe d'Argyll.

La malade précise que son exophtalmie date de la puberté, qu'elle éprouve souvent le besoin de manifester de l'activité physique, qu'elle est sujette à des colères, qu'on la trouve peu commode et qu'elle n'a pas d'amies.

Sans cesse en transpiration, il lui faut de l'air, elle recherche le froid, et se trouve très malheureuse l'été. Constipation habituelle.

Or, elle s'aperçoit d'un grossissement de ses yeux depuis la réapparition des persécutions, elle est nerveuse, malaise, ne tient plus en place, son cou l'étouffe, elle sent des battements de cœur, et n'a plus d'appétit. Le tremblement l'empêche de travailler.

Au quartier, elle se signale par un caractère insupportable, ses réclamations, son intransigeance ; excite les malades contre le personnel hospitalier, revendique ses droits et sa liberté.

Céphalées et insomnies. Menstruation irrégulière.

Après un mois, les troubles hallucinatoires commencent à s'apaiser, puis s'évanouissent complètement. Mme C... croit encore que son bras gauche a été parésié par un sort, mais elle accepte de faire quelques travaux.

Le tremblement des mains devient imperceptible. Les globes oculaires ne sont plus douloureux, et les récriminations deviennent moins fréquentes.

La malade se calme tout à fait et est jugée en état de reprendre la vie ordinaire (janvier 1922).

Elle reconnaît le caractère pathologique des troubles présentés par elle et en sourit. Son irritabilité s'est atténuée.

Le pouls reste instable à 84 : elle n'a plus de palpitations.

L'exophtalmie persiste.

Le cou est encore volumineux, mais un goitre n'est pas évident et le tremblement a disparu.

Insistons sur l'évolution rapide de ce délire hallucinatoire et l'accroissement des signes physiques de Basedow, notamment la tuméfaction passagère du C. thyroïde, et la prédominance de l'exophtalmie.

Observation 3. — M^{lle} H..., 28 ans : *Dépression mélancolique récidivant pour la quatrième fois.*

A Saint-Yon pendant trois mois et demi. Les séjours antérieurs 1916, 1917, 1919 ont duré deux mois et demi, 6 mois et demi, trois mois et demi.

Il s'agit à chaque accès de dépression mélancolique, préoccupations mystiques, avec hallucinations auditives, négativisme, idées et tentatives de suicide.

Examen : *Syndrome mental.*

Garde un mutisme complet. Accepte de fournir par écrit des réponses simples à un interrogatoire d'identité. Est bien orientée.

Nous apprenons qu'elle vient d'avoir ses règles. Domestique, elle a abandonné ses patrons, pour trouver un refuge dans une communauté où elle doit faire pénitence. Toute sa conscience est envahie par des préoccupations mystiques : c'est par sentiment d'indignité qu'elle ne parle pas. Elle nous écrit « aujourd'hui, c'est la fête de Sainte Rose de Viterbe, vigilance ».

D. — Pourquoi ne parlez-vous pas ? Elle écrit en réponse : « Ces secrets-là ne se disent qu'à un prêtre et non à un médecin. Vous n'êtes que pour le corps, et je n'ai pas besoin de vos soins parce que je puis me guérir moi-même avec la grâce de Dieu. Le seul crime dont on puisse m'accuser c'est d'avoir aidé à crucifier le Sauveur sur la croix ».

Puis, refuse de continuer à communiquer avec nous de la sorte. Fixe son regard sur un point et paraît hallucinée, de la vue et de l'ouïe.

Insomnie. Négativisme. Porte précieusement des médailles et chapelets.

Etat physique :

Tachycardie marquée : 116 ; R. O. C. : 68.

Exophtalmie légère, yeux brillants, paupières fixes, pas de clignement spontané.

Pupilles en mydriase considérable.

Hypertrophie thyroïdienne du volume d'une pomme. Hypertrophie du C. T.

Rougeur du cou et de la face.

Peau moite. Transpiration. Troubles vaso-moteurs importants.

Constipation.

La malade recherche constamment l'air, ouvre la fenêtre voisine de son lit, s'évente la face.

Raie blanche.

La prise de la tension artérielle est impossible, par refus formel de la malade.

Urine : renferme des traces de glycose.

Réflexivité, cutanée, tendineuse, pupillaire : normale.

Evolution. — Se décide à prononcer quelques paroles à voix très basse. Persistance des bouffées congestives au visage.

Jetée sur le parquet le bol de glycose que nous voulions lui faire ingérer.

Refus du travail à la couture.

Réactions de mélancolique : se promène les pieds nus dans la cour ; au bain, s'efforce de s'enfoncer sous l'eau ; réussit à se couper les cheveux et nécessite une surveillance spéciale.

Au bout de trois semaines, sort peu à peu de cet état d'inhibition et consent à livrer ses pensées. Elle nie les tentatives de suicide, et explique en souriant ses actes bizarres comme des sacrifices nécessaires pour obtenir l'autorisation d'assister aux offices religieux.

Garde longtemps une attitude humble et recueillie, mais accepte de travailler et de s'alimenter.

La saillie des globes oculaires devient moins apparente, il n'existe plus de troubles vaso-moteurs.

Pas de goitre, au départ de la malade complètement guérie de son accès.

Le pouls est alors de 70, très stable et régulier.

Observation 4. — M^{lle} V..., 30 ans : *Accès d'excitation maniaque*, durant deux mois.

Sept ans auparavant (1913), accès de trois mois et demi. Ce premier accès a revêtu une forme confusionnelle avec agitation par intervalles et hallucinations auditives. Refus d'aliments. Amnésie consécutive ne portant que sur l'accès. La malade ne peut évoquer aucun de ses actes pendant cet internement.

Ce second séjour est surtout caractérisé par une excitation physique accompagnée de propos incohérents et une grande mobilité de l'humeur.

— « Son frère mort, est ressuscité. On lui a jeté, à elle-même, un sort. Elle déclare qu'elle meurt victime de son dévouement, qu'on l'a volée, qu'elle est voleuse ».

Pleure et rit alternativement.

Sitiophobie. Insomnie. Injections de scopolamine et alimentation à la sonde.

Un syndrome confusionnel surajouté a pour éléments : des récits délirants à forme onirique, des troubles psychosensoriels de la sensibilité générale et de la vue, et comme signes physiques, une odeur acétonique de l'haleine très forte, avec réaction de Gerhardt positive dans l'urine, caractéristique de l'acétone.

Nous notons la présence d'un goître et d'exophtalmie.

L'examen physique complémentaire est rendu impraticable par la trop violente agitation.

L'amaigrissement semble s'accuser de façon rapide.

Après un mois, l'agitation cesse brusquement et fait place à une brève période d'anéantissement. La malade a à peine repris conscience du monde extérieur et commence à manger spontanément, quand sa famille vient la rechercher. Elle se plaint encore qu'on l'électrise.

Nous avons l'occasion de revoir M^{lle} V..., quelque temps après.

C'est une jeune femme d'une distinction parfaite, dont le développement intellectuel atteint un niveau élevé. Elle a pu recommencer ses occupations : direction d'un atelier de couture. La transformation physique est si marquée que nous éprouvons une véritable difficulté à reconnaître notre malade.

Nous vérifions la présence du goître, avec tachycardie modérée, mais, l'exorbitisme fait à ce moment défaut. Il n'y a pas de tremblement.

La malade n'avait pas connaissance d'une hypertrophie thyroïdienne ; nous apprenons que celle-ci a complètement régressé dans la suite.

Nous pouvons rapprocher de ces périodiques une malade soignée par M. le Professeur Claude à l'Hôpital Saint-Antoine.

Observation 5 (Communiquée par M. le Docteur Claude. — M^{me} Qué..., 57 ans : *Accès mélancolique avec signes d'hyperthyroïdie, à la ménopause.*

N'a jamais été malade jusqu'en 1914.

Au mois d'avril 1914, elle constate une tuméfaction au niveau du sein gauche. Elle entre à l'hôpital pour être opérée, mais on constate du sucre dans ses urines : 160 grammes 2, et on parle, au dire de la malade, de « diabète nerveux ». Elle part de l'hôpital au bout de quatre jours sans être opérée.

Janvier 1919, elle a une congestion pulmonaire, dont elle guérit rapidement.

Juin 1919, la tuméfaction du sein ayant grossi, elle est opérée.

Au mois de juillet 1919, augmentation de volume du corps thyroïde.

Au mois d'août 1919, apparition d'œdème au niveau des jambes. L'examen des urines révèle du sucre et de l'albumine. Régime lacté. Disparition de l'œdème.

Au mois de février 1920, nouvelle crise semblable à la précédente : sucre et albumine dans les urines. On parle d'urémie. Les règles à ce moment disparaissent complètement. La malade maigrit de 35 kilos en l'espace de 8 mois. Son corps thyroïde augmente toujours de volume.

En octobre 1920, « guérison totale » nous dit sa fille.

Au mois de février 1921, son mari qu'elle aimait beaucoup meurt. Elle éprouve alors un très vif chagrin. Elle devient incapable de travailler, n'a plus de goût pour rien, a souvent des crises de larmes, et parfois elle perd la mémoire.

En octobre 1921, tous ces troubles disparaissent, elle redevient gaie, sa santé est bonne. Toutefois, son cou est toujours gros.

Mais en décembre 1921, son propriétaire lui augmente le loyer. La malade, qui depuis la mort de son mari, était un peu préoccupée par la question pécuniaire, le devient alors beaucoup plus et, au mois de janvier 1922, des idées de misère, de ruine apparaissent. Elle croit que tout est perdu, qu'elle va mourir et se demande ce que va devenir sa pauvre fille, sans argent. Elle passe ses journées à se lamenter, la nuit, elle ne dort pas. Elle a souvent des accès d'agitation : elle a peur du moindre bruit. Et toujours, elle parle de son misérable sort. De jour en jour, l'agitation augmente : la malade est incapable de tout travail. Elle ne mange plus et maigrit rapidement. L'examen des urines révèle une assez forte quantité de sucre.

Le 12 janvier 1922, elle va consulter le docteur Chaslin, qui envoie la malade au Professeur Claude, à l'Hôpital Saint-Antoine. Elle est hospitalisée dans son service.

Symptômes physiques. —

Le facies est amaigri, les yeux brillants. Hypertrophie générale du corps thyroïde. Tachycardie assez marquée, pouls battant à 100-120 et irrégulier. Léger tremblement des mains.

Pendant l'examen, la malade a des bouffées de chaleur, des rougeurs brusques de la face qui se couvre de sueurs ; elle a des palpitations.

R. O. C. 100 — 90 = 10.

Réflexe solaire : nul.

Tension artérielle : M^x 13.

Mⁿ 8.

Examen des urines : présence de sucre ; pas d'albumine.

Etat psychique. —

La malade est dans un perpétuel état d'anxiété : A peur de mourir, a peur que sa fille ne tombe malade. Elle nous dit qu'on ne s'occupe pas d'elle parce qu'elle n'est pas intéressante, que l'on veut l'envoyer dans un autre hôpital pour se débarrasser d'elle et nous demande avec inquiétude à quelle heure elle devra partir. Elle nous dit aussi qu'elle est dans la misère, que sa fille va mourir de faim.

La nuit, elle ne dort pas ; elle est assez agitée.

Cet état dure jusque vers la fin du mois de février 1922, puis, peu à peu l'anxiété diminue, les inquiétudes sur son état de santé disparaissent. Elle reprend confiance en elle-même.

Le 27 mars 1922, elle sort de l'hôpital avec un état psychique à peu près normal.

Nous revoyons la malade chez elle le 24 mai 1922. Nous ne constatons aucun trouble psychique, si ce n'est quelques mouvements un peu brusques, un peu d'énervement, une tendance à diriger la conversation vers des idées de pauvreté. Mais tout cela est très peu marqué. La malade a toujours les yeux un peu brillants, un corps thyroïde augmenté de volume, un pouls rapide. Elle se sent très bien et pense partir à la campagne pour se « remettre tout à fait ».

L'apparition d'un syndrome de Basedow en corrélation avec l'accès, l'exagération des signes basedowiens préexistants forment les traits dominants de ces observations. Ils nous permettent de supposer, au moins, la participation thyroïdienne dans la genèse des symptômes mentaux.

Nous rapprocherons de ces faits cliniques le cas publié par MM. Arismoles et Legrand, dans les annales médico-psychologiques de février 1914 : les auteurs ont tendance à attribuer à la maladie

de Basedow un état dépressif suivi d'hypomanie présenté par leur malade.

Dans une thèse, inspirée par M. Bessière, M. Béville cite six observations de femmes ménopausiques avec apparition simultanée d'un syndrome basedowien et de mélancolie.

Nous désirons insister sur les signes d'auto-intoxication présentés par nos malades. Chez M^{me} F..., les troubles subjectifs d'hyperthyroïde sont très développés, nous les retrouvons moins intenses dans nos deuxième et troisième observations. Ne faut-il pas leur rapporter les phénomènes confusionnels et hallucinatoires signalés chez elles ?

Des faits d'intoxication thyroïdienne thérapeutique ont fait connaître des manifestations mentales à prédominance confusionnelle.

M^{me} F... a présenté un épisode confusionnel passager. Nous pouvons attribuer la répétition des troubles hallucinatoires à court intervalle chez M^{me} C..., à la prédominance de facteurs toxiques chez une femme à l'époque climatérique. C'est surtout l'association des symptômes confusionnels qui donne de l'intérêt à notre quatrième observation. La prédominance de ces symptômes dans le premier accès de la malade, leur présence dans le second, sont un nouvel argument en faveur de l'influence pathogénique du corps thyroïde.

DEUXIEME PARTIE

Le Syndrôme Physique de l'Accès Périodique

Il existe, au cours de la crise mentale périodique, des modifications importantes dans le domaine de la vie végétative. Ces troubles ont souvent retenu l'attention.

Ils sont décrits avec une certaine variabilité, suivant les auteurs. Ce désaccord peut résulter d'appréciations hâtives ou d'un contrôle insuffisant.

L'impression dominante à la lecture de différents psychiatres est la certitude du retentissement physique de l'affection mentale sans préjuger de la nature de ces perturbations.

Pour les uns, elles demeurent secondaires en expression et en intérêt, et l'analyse psychologique les occupe tout entiers ; pour les autres, et cette opinion voisine davantage la vérité, il s'agit de faits d'espèce : chaque forme mentale, chaque malade, chaque accès chez un même individu, ont des manifestations physiques très variables en qualité et en quantité et qui ne paraissent pas commandées par aucune loi.

Au début de cette étude, cherchant des rapports entre la psychose et les manifestations thyroïdiennes, notre premier soin a été d'établir les modifications organiques élémentaires de nos malades.

On ne saurait attribuer le fonctionnement defectueux de la glande cérébrale à une viciation thyroïdienne, sans concomitance des signes physiques de cette viciation.

Il faut donc s'efforcer de mettre en lumière l'état physique de périodiques et rechercher dans ses transformations l'influence possible d'une fonction endocrine.

Nos recherches ont porté principalement sur l'appareil circulatoire, le système nerveux organo-végétatif, la sécrétion urinaire,

le métabolisme basal, chez quarante malades, d'âges très divers, comprenant :

- 11 mélancoliques,
- 17 maniaques,
- 12 doubles formes ou états mixtes.

Toutes étaient soumises à l'alimentation continue afin d'éliminer dans la plus grande mesure le retentissement viscéral des modifications d'ordre moteur, et d'éviter des résultats simplistes dans les états où les expressions kinétiques seules sont à même d'influencer de façon appréciable l'analyse physiologique.

Le régime alimentaire, ordinaire de l'établissement, était le même pour toutes ces femmes.

Voici le résultat de nos constatations placées sous plusieurs titres :

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE. — Il y a un état de *déséquilibre* manifeste et *constant*. On le vérifie dans la prise du pouls et de la tension artérielle.

Pouls. — L'accélération est la mesure la plus fréquente : nous la retenons seulement au-dessus de 85 pulsations par minute (60 à 85 seront pour nous des chiffres normaux).

Cette *tachycardie* a été retrouvée dans 77,5 0/0 des cas (31 sur 40).

Ses caractères sont : rapidité d'apparition ; maintien à une valeur moyenne, aux environs de 100.

Elle s'accompagne très fréquemment d'*instabilité du pouls*, telle que le chiffre des pulsations complètes par quart de minute peut varier de plusieurs unités dans la même minute.

Le pouls est petit mais régulier.

La tachycardie est aussi bien l'apanage des formes mélancoliques que maniaques. Nous dirons même que nos chiffres les plus élevés se rapportent à des états d'anxiété.

Son évolution offre des particularités à signaler :

Elle précède souvent l'accès, et peut avoir la valeur d'un signe précurseur avant les manifestations psychiques.

Elle se développe suivant deux modes : dans l'un elle persiste pendant toute la durée de la crise et s'atténue graduellement à mesure de l'amélioration des troubles mentaux, offrant avec eux

un parallélisme typique ; dans le second, plus rare, la tachycardie présente des intermittences, elle accompagne le début de la crise, se calme, et reprend par décharges espacées. Nous donnons des exemples de ces deux genres :

1. — M^{me} Nob. Mélancolique, anxiété, douleur morale, idées de persécution, idées de suicide. Enceinte de 7 mois, 3^e pare.

Après un mois d'internement, le 21 mars	P. : 100
23 »	76
2 avril	72
3 »	81
27 »	96

Même état psychique pendant ce temps.

II. — M^{me} D.,. Périodique maniaque. Accès cataméniaux durant

15 jours.	3 avril. Vive agitation	P. : 90
glycosurie	4 »	108
	5 »	94
	6 »	108
	10 »	71
	12 »	90

Calme du 15 au 26

Reprise de l'agitation le 27 avril * P. : 112

III. — M^{me} Flam. Anxiété et angoisse, pleurs, idées de suicide.

Petit goitre
Tremblement
Migraine
Sueurs
Glycosurie

Amélioration progressive.

le 25 mars	P. : 112
1 ^{er} avril	100
16 »	90 Sommeil spontané
5 mai	82
10 »	72

IV. — M^{me} Aug. Mélancolique, idées d'auto-accusation, d'indignité.

	Glycosurie
	S'améliore lentement.
23 mars	P. : 132
25 »	108
17 avril	112
5 mai	92

Les pulsations étaient à un chiffre normal 5 fois.

Bradycardie indiscutable chez 4 malades sur 40 (au-dessous de 60 pulsations).

1 mélancolique au milieu d'une tentative d'évasion ;

3 maniaques, dont l'une particulièrement agitée.

Tension. — (Emploi du Pachon).

Elle est aussi, fréquemment, troublée. Elle se trouva normale seulement dans 24 % des cas.

Il faut insister sur la modification qui nous a paru la plus fréquente : l'*Hypotension*. Elle atteint presque la moitié de notre pourcentage, exactement 45,5 %. Elle nous a obligé souvent à déplacer la manchette pour prendre la tension à la hauteur du bras, les oscillations produites au niveau du poignet restant trop faibles pour être mesurées par la graduation de Parhon.

Cette hypotension porte sur la Pression Systolique avec des chiffres de 10 ½ à 12, la minima n'est pas influencée beaucoup dans le même sens et marque 6 ½, 7, 8 ; la grandeur de l'indice oscilométrique est assez variable, parfois très faible.

L'Hypertension fut rencontrée dans la proportion de 29,5 %. Cette élévation artérielle apparaît surtout déterminée par l'âge des artères. Elle concerne la maxima. On peut la trouver avec autant de fréquence, dans les états maniaques, d'anxiété ou de mélancolie : elle n'est pas spécifique d'aucune forme mentale.

Signalée surtout dans la mélancolie d'involution elle est tout aussi inconstante dans cette forme : en particulier nos recherches du syndrome dit de Vigouroux ne nous permettent pas de confirmer la présence de l'hypertension comme facteur caractéristique.

Nous répétons que l'hypertension est avant tout fonction de l'âge du malade, pour notre part, chez des femmes périodiques,

nous ne l'avons jamais trouvée avant la ménopause, tous nos hypertendus ont dépassé 45 ans, sans exception. *L'anxiété avant cet âge n'est pas un agent hypertenseur.*

L'évolution de la tension avec la durée de l'accès est assez significative. Il y a une modification constante, et des chiffres nouveaux avec la guérison.

Souvent nous remarquons un relèvement de la tension après la crise, ce fait est noté déjà par Naudascher et Martinor dans les Annales Médico-Physiologiques de 1921. Chez l'hypotendue, on prend aisément alors la tension au poignet ; mais, ce relèvement affecte tout aussi bien le périodique déjà en hypertension pendant l'accès.

Ex. : I. — M^{me} F..., mélancolique.

A l'entrée, tension au poignet impossible, au bras : M^x 12 Mⁿ 7 ½
deux mois après en voie de guérison, on a au poignet 14 9 ½

II. — M^{me} L..., Périodique maniaque, 66 ans.

lors d'un accès 22 10 ½
en calme..... 25 13

Inversement, la guérison s'accompagne d'une modification hypotensive (fait rencontré plus rarement).

Ex. : M^{me} D..., 52 ans, Périodique à double forme.

En période d'accès M^x 15 Mⁿ 9
en calme M^x 12 Mⁿ 8

L'influence de la crise sur l'état de la tension est souvent aussi évidente.

ETAT DE LA NEUROTONIE.

La recherche du Réflexe oculo-cardiaque permet l'exploration du système nerveux organo-végétatif. Procédé simple, il est encore, à l'heure actuelle, le moins critiquable. En raison des causes d'erreur signalées par MM. Tinel et Santenoise avec les diverses circonstances de la journée, il est nécessaire de le mettre en pratique chez le sujet alité et à jeun depuis douze heures.

La compression oculaire est parfois assez difficile à faire accepter de l'aliéné, il est préférable de la maintenir pendant une minute,

mais souvent il faut se contenter de la technique de Mugeot : compression forte de 20 secondes en comptant le pouls pendant les 15 dernières secondes. Frédéricq (Archives médicales Belges, janvier 1918), recommande d'ailleurs la compression de 15 secondes.

Pendant la crise périodique, le R. O. C. est souvent exagéré, mais dans un sens quelconque.

L'hypervagotonie est la plus fréquente, 67,5 %, mais non la règle.

La sympathicotonie n'est pas rare, 27,5 % (sa proportion est supérieure à la moyenne admise, normale, 20 %).

Ex. : I. — M^{me} Q..., maniaque. Début d'excitation.

R. O. C. = 56 — 68 = + 12 comp. 1 minute.

II. — M^{me} B.... mélancolique, anxiété. Après tentative d'évasion.

R. O. C. = 58 — 71 = + 13 comp. 1 minute.

— 80 = + 22 » 2 »

III. — M^{lle} Bar... Déprimée périodique.

R. O. C. = 72 — 100 = + 28 comp. 1 minute.

Chez ces malades, le R. O. C. est constamment inversé pendant toute la durée de la crise.

Nous n'avons pu rechercher le Réflexe hémoclasique de M. Santenoise. Dans une thèse remarquable M. Santenoise attribue la crise périodique à un déséquilibre organo-végétatif dans un sens hypervagotonique déterminé par un choc anaphylactique.

D'après nos observations, l'état sympathicotonique ne saurait être exclu.

REFLEXE COELIAQUE HYPOTENSEUR.

Le réflexe solaire est rare chez les périodiques et de recherche difficile. Nous l'avons trouvé chez deux malades : l'une anxieuse mélancolique chronique ; l'autre déprimée périodique ; et négatif chez huit maniaques et trois mélancoliques.

SECRETION URINAIRE.

Une glycosurie faible se rencontre dans 50 % des cas. Elle atteint rarement plus de deux grammes par litre. Chez une maniaque

elle montait toutefois à 15 grammes. La glycosurie est influencée par l'alimentation. Cette glycosurie ne paraît pas s'accompagner de la symptomatologie diabétique, de la triade : polyurie, polydypsie, polyphogie.

Elle disparaît généralement après la crise.

Elle affecte surtout les femmes aux environs de la ménopause.

ETAT GENERAL.

L'amaigrissement est presque de règle pendant l'accès périodique franc. Mais il est variable avec chaque malade, et chez lui avec la longueur de l'accès.

Il est absolument indépendant de l'agitation. Il est davantage en relation avec le mode d'alimentation du périodique, cependant certains malades voraces maigrissent néanmoins. Après la crise, la reprise du poids est extrêmement rapide. Chez les très vieux périodiques les modifications de poids sont moins sensibles.

Au point de vue physique, nous caractériserons un accès par *de la tachycardie avec hypotension, hypervagotonie, glycosurie et amaigrissement.*

Ces résultats ont la valeur de moyenne.

C'est une formule faite d'approximation qui se dégage de nos examens, le facteur individuel conserve toujours un rôle dont il faut tenir compte, et donne à chaque cas une expression particulière.

Quelle est la cause de ces troubles physiques ?

Les troubles de la menstruation, la plus grande fréquence des psychoses périodiques chez la femme (2/3 cas Kræpelin) font naturellement interroger les glandes endocrines.

Nous avons cité des coexistences de Basedow avec les accès, la glycosurie, l'amaigrissement, la tachycardie, le déséquilibre organo-végétatif, sont peut-être conditionnés par un état spécial du corps thyroïde.

Les petits signes de la série thyroïdienne sont fréquents, ils ne suffisent pas davantage que des signes de Basedow à prouver que l'organisme est sensibilisé par le corps thyroïde pendant la psychose, il est indispensable pour cela de recourir à l'expérimentation directe.



TROISIEME PARTIE

EXPÉRIMENTATION BIOLOGIQUE

Après l'exposé de la technique suivie dans nos expériences, nous décrirons les deux séries d'épreuves que nous avons réalisées.

Nous réunirons les résultats obtenus avec les principales considérations à dégager de ces recherches.

CHAPITRE I

TECHNIQUE

I. Conditions spéciales. — *Alitement.* — Le malade sera maintenu alité pendant toute la durée des épreuves. C'est le seul moyen de recueillir des résultats comparables en plaçant les sujets dans des conditions toujours identiques.

Examen viscéral approfondi. — Un examen préalable vérifiera le contrôle des différents appareils afin d'écarter tout porteur d'une lésion mal compensée : pulmonaire, rénale ou cardiaque. Les tuberculeux, aortiques, albuminuriques, seront laissés de côté.

On évitera de la sorte des erreurs d'appréciation et on se trouvera à l'abri d'incidents fâcheux dans l'usage de substances pharmacodynamiques douées d'une certaine activité.

Choix du malade. — Il faut tenir compte, en outre, du caractère particulier de ces expérimentations chez l'aliéné, avant tout indocile, craintif et susceptible.

Il sera d'abord nécessaire de conquérir sa confiance, de le convaincre, de lui faire accepter l'expérience afin qu'il se prête à une immobilité satisfaisante.

La patience est toute-puissante avec lui.

Néanmoins l'agitation trop vive portera obstacle à l'examen ; il est inutile d'insister contre un refus systématique. Le négativiste aura raison de l'observateur entêté en lui envoyant son bol de glycose à la figure ; c'est une surprise fréquente.

Présence d'un aide. — Indispensable pour imposer le calme, la protection des appareils.

II. Glycosurie alimentaire. — La présence du glycose dans les urines de la moitié de nos malades, nous a incité à faire toujours, cette épreuve préliminaire, afin d'établir un élément de comparaison satisfaisante avec les taux d'élimination de glycose provoquée par l'injection de substances spéciales.

Nous faisons ingérer 150 gr. de glycose dissous dans 350 cc. eau.

Les urines sont recueillies toutes les 3 heures pendant 12 heures consécutives.

Régime fixe. — Pendant toutes les épreuves, nous avons soumis nos malades à un régime constant. Les épreuves sont faites à jeun, la malade absorbe pendant les 12 heures suivantes 2 litres 1/2 de lait, puis elle prend un repas ordinaire.

III. Tests biologiques.

Malade à jeun depuis la veille, on pratique successivement, Examen physique portant sur les éléments suivants :

Pouls.

R. O. C.

Tension artérielle M^x, Mⁿ, io.

Réflexe solaire.

On note en outre l'état des pupilles, des téguments et de la cènes-thésie.

On établit de la sorte des chiffres de départ.

Ingestion de 150 gr. de glycose (en cas d'intolérance au glycose, nous avons fait prendre 150 gr. de saccharose).

Injection intramusculaire d'adrénaline ou d'hypophyse dans la région fessière.

Contrôle régulier toutes les quinze minutes des variations produites en reprenant tous les éléments de l'examen primitif, jusqu'au retour à l'état antérieur, c'est-à-dire pendant environ 1 h. 1/2, et enregistrement des modifications d'ordre subjectif, ou général, simultanées, notamment réactions vaso-motrices, pupillaires, contractions gastriques ou intestinales.

Récolte des urines toutes les 3 heures, pendant 12 heures, dans des vases différents, et dosage du glucose.

Ce recueil des urines au commandement est parfois un véritable labeur chez une périodique. Nous nous étions proposé de mesurer les modifications volumétriques de l'excrétion quotidienne provoquées par les épreuves, nous avons dû y renoncer devant l'impossibilité d'obtenir des résultats précis. La malade perdra volontairement ou involontairement une certaine quantité d'urines. Rarement d'ailleurs nous avons pu obtenir la quantité globale d'une miction. Nos mesures de glycose porteront donc sur le *taux d'élimination* et non sur la quantité exacte de glycose éliminée à chaque miction. Le dosage de glycose sera fait à la liqueur de Fehling titrée après défécation de l'urine par le réactif de Courtonne (sous-acétate de Pb). (Toutes ces analyses ont été faites par nous-même, n'ayant pas de pharmacien à notre disposition).

Autre détail à signaler : c'est, chez ces malades indociles, parfois subagités, la nécessité du repérage du lieu d'adaptation de la manchette de l'oscillomètre. Nous avons utilisé l'appareil Pacton à manchette unique. On sait qu'il est nécessaire de laisser le brassard appliqué au même endroit pendant toute la durée de l'examen ; il suffit de délimiter sa position par deux traits sur le segment du membre pour être protégé contre un glissement imprévu.

Les épreuves ont porté sur un total de 28 malades.

Recherchant les signes de l'hyperthyroïdie chez des périodiques, nous avons eu l'idée de pratiquer, dans une première série d'épreuves, la réaction signalée aux doses faibles d'adrénaline.

Frappé de la réponse obtenue dans ces états psychiques, nous avons repris notre expérimentation en utilisant l'adrénaline à doses croissantes et, concurremment, l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

Enfin, nous avons ajouté l'exploration du système organo-végétatif sur quatre de nos malades, par la pilocarpine et l'atropine, substances à affinité élective pour ce système.

CHAPITRE II

EPREUVE de l'ADRÉNALINE (Septembre 1921)

Dans cette série initiale de recherches, nous avons tâté les réactions des périodiques aux injections d'Adrénaline. Il nous a paru intéressant d'utiliser cette substance à laquelle des travaux récents ont accordé une grande valeur pour l'étude de la fonction thyroïdienne.

Nous devons mentionner que cette spécificité particulière de l'Adrénaline fut indiquée dès 1913, par M. Claude, bien antérieurement aux publications faites à l'étranger, en Amérique ou en Espagne en ces dernières années.

Nous avons suivi la méthode dite de Goetsch, aux doses faibles, minimales d'Adrénaline, doses indifférentes pour le sujet normal, et suffisantes pour influencer le sujet en état d'hyperthyroïdie.

Soit : $\frac{1}{2}$ milligramme d'Adrénaline Clin en injection, c'est-à-dire $\frac{1}{2}$ centimètre cube de la solution au 1.000°.

Nous considérons l'épreuve comme positive lorsqu'elle entraîne des variations importantes des trois facteurs principaux considérés :

Une accélération du pouls supérieure à 10 pulsations à la minute.

Une élévation de la tension maxima de 1 ou 2 cm. de Hg.

Une glycosurie notable.

Ou bien des manifestations d'ordre général très vives, telles qu'un état vertigineux avec tremblement et douleurs précordiales : il faut attacher une grande valeur à ces désordres subjectifs.

Il y a parfois un certain antagonisme entre ces deux ordres de phénomènes.

Nous adoptons le terme de Positive partielle si la variation d'un des trois éléments d'appréciation fait défaut. En raison de l'impossibilité de la prise de tension, ou de la récolte des urines,

nous avons classé dans cette catégorie un certain nombre de malades, nettement influencées cependant au point de vue subjectif par l'injection.

Epreuve négative : Réponse nulle ou insignifiante, ou modification d'un seul facteur.

Nous donnons ci-après les observations détaillées de ces expérimentations.

Les résultats se trouvent groupés dans le tableau d'ensemble suivant :

EPINEPHRIN TEST

Psychoses Périodiques 16

Maniaques	7	En état de crise : Récidives	11
Mélancoliques	4	1 ^{er} accès	5
Double forme		En état de calme :	1
Etats mixtes	5		

Six de ces malades se trouvent à l'époque de la ménopause.

Résultats :

Epreuve Positive 14 :

marquée	5	partielle	9
Maniaques	2 Obs. I. II.	5 Obs. VII. VIII. IX. X. XI.	
Mélancoliques	2 Obs. III. IV	2 Obs. XII.	
Etats mixtes	2 Obs. V. VI.	2 Obs. XIII. XIV.	

Epreuve négative totale 2 :

Mélancolique anxieuse à évolution chronique. Obs. XV.
Périodique mixte en état de calme. Obs. XVI.

Observation I. — M^{lle} N... : Périodique, 37 ans.

Internée depuis huit ans.

Présente chaque année un accès à double forme durant six mois, commençant par une phase maniaque.

Débilité intellectuelle, instruction rudimentaire. Certain lassément des facultés consécutif aux accès, mais propre, travaille en calme.

Amnésie de l'accès.

Pendant l'accès : tracassière, érotique, veut s'introduire dans le lit des voisines, ironique, chante, s'affuble d'oripeaux.

Examen physique. Petite taille ; signes de rachitisme.

Regard brillant. Exophtalmie peu accusée.

Goitre médian, volume œuf de poule.

Palpitations.

Tremblement léger.

Acrocyanose des mains et des pieds, pas de raie blanche.

Moiteur de la peau.

Menstruation : hypoménorrhéique.

Pupilles normales, à réaction normales.

Hyperréflexivité tendineuse.

A présenté un accès maniaque du 1^{er} juillet 1921 au 1^{er} février 1922, suivi de dépression légère du 1^{er} février 1922 au 1^{er} avril 1922.

16 septembre 1921 (maniaque).

Adrénaline 0 mmgr. 5

Glycosurie alimentaire - Adrénalinique

	Avant	Après	3 h.	5 gr.	7 gr.
P.	96	108	6	traces	3 gr.
R.O.C. pas de ralentis ^t	84		9	2 gr.	2 gr.
T. A. M ^x	14	15	12	0 gr.	traces
au M ⁿ	9	10			
bras I. O.	2	2			

Modifications générales :

Emotivité.

Tremblement spontané.

Sudation.

Observation II. — *M^{me} M...*, 45 ans. *Psychose alterne, à la ménopause.* — Règles très irrégulières, revenant tous les trois mois environ.

Accès mélancolique l'année précédente.

Accès maniaque actuel : durée deux mois, passage à un état hypomaniaque résiduel qui s'atténue progressivement avec lenteur.

Début le 8 août

Guérison :

12 août 1921

20 avril 1922

P. : 80

P 68/70

R. O. C. : 72

R. O. C. 70

Troubles subjectifs d'insuffisance ovarienne :

T. A. M^x 15

Mⁿ 10

crises de sudation

io 6

troubles vasomoteurs

bouffées de chaleur

Glycosurie : 0 gr. 5 p, litre.

céphalées - algies

embonpoint.

17 septembre 1921 :

Adrénaline 0 mmgr. 5

Glycosurie alimentaire - Adrénalinique

	Avant	Après	3 h.	20 gr.	30 gr.
P.	80	88	6 h.	8 gr.	traces
R. O. C.	72	60	9 h.	10 gr.	10 gr.
T. A. M ^x	14	16 ½	12 h.	10 gr.	10 gr.
M ⁿ	9 ½	9 ½			

Modifications générales

sudation

moiteur de la peau

malaise léger.

Observation III. — M^{lle} Bén..., 50 ans, à la ménopause. Mélancolique, deuxième accès (1921).

Bien réglée jusqu'en septembre 1921 ; à ce mois, première absence des règles.

Légère tuméfaction thyroïdienne qui a été plus volumineuse les mois précédents..

Tremblement menu, émotif.

Regard atone, pigmentation palpébrale.

Mydriase.

Palpitations fréquentes.

Sensation de froid aux pieds, avec transpiration, bouffées de chaleur.

Thermophobie.

Ligne blanche.

Amaigrissement.

Constipation opiniâtre. Langue toujours saburrale.

Cœur normal.

Foie normal (coliques hépatiques antérieures).

12 septembre 1921 :

Adrénaline 0 mmgr. 5

	Avant	Après	Glycosurie alimentaire - Adrénalinique		
P.	60	76	3 h.	3 gr.	6 gr.
R.O.C.	44	44	6 h.	0 gr.	0 gr.
T.A. M ^x	bras 16	au poignet 13	9 h.	0 gr.	1 gr.
	au poignet impossible				
T.A. M ⁿ	8 1/2	8 1/2	12 h.	0 gr.	5 gr.

Modifications générales très marquées : Sensation de malaise avec palpitations et vive angoisse. Chaleur subjective. Transpiration, peau moite. Rougeur du visage.

24 avril 1922 :

Développement du système pileux.

Pléthore et embonpoint appréciable.

Observation IV. — M^{me} Bon..., 48 ans : Dépression mélancolique postménopausique.

Séjour à l'Asile, trois mois, septembre à décembre 1921. Premier internement. Ménopause à 47 ans.

Début accès : juillet 1921. Préoccupations pécuniaires, craintes au sujet de la santé d'un fils tuberculeux.

Lamentations, gémissements, anxiété marquée.

Idées délirantes de ruine et d'indignité, sentiments de dépréciation et d'impuissance. Emotivité.

Idée de suicide. Insomnie.

Etat physique : Troubles vaso-moteurs de la période climatérique.

Bouffées de chaleur, vertiges, céphalées, asthénie.

Constipation. Langue saburrale.

17 septembre.

Epinephrin test

Injection d'un demi miligramme d'adrénaline faite deux heures après l'ingestion de 150 gr. de glycose.

	Avant	Après	Glycosurie alimentaire		Adrénalinique
P.	100	112	3 h.	33 gr.	30 gr.
R.O.C.	25 — 16 = 9	28 — 16 = 12	6 h.	20 gr.	10 gr.
T. A M ^x	16 ½	17 ½	9 h.	20 gr.	5 gr.
M ^h	11	11	12 h.	5 gr.	5 gr.
io	4	5			

Modifications générales :

Transpiration.

Moiteur de la peau.

Tremblement menu des mains qui inquiète la malade.

Pas de modification du diamètre pupillaire.

Chez cette malade, la glycosurie alimentaire a donc été très importante. L'adrénaline n'a pas augmenté l'élimination du glycose, mais il est vrai que l'injection d'adrénaline n'a pu être faite que deux heures après l'absorption.

Observation V. — M^{me} Var : Anovarie. Mélancolie.

Grand'mère de la malade a fait un accès mélancolique à la ménopause.

Mère de la malade a fait un accès d'agitation et de mélancolie également à la ménopause.

La malade a subi la castration ovarienne (Hystérectomie sub-totale avec ablation des annexes).

A la suite de cette opération, elle a ressenti de façon intense, les troubles circulatoires de la ménopause prématurée.

Des écoulements sanguins très faibles ont persisté tous les mois, amenant un état de nervosité et d'irritabilité spéciale, avec recrudescence périodique.

Coïncidant avec une de ces époques supplémentaires apparaît une bouffée hallucinatoire délirante de caractère nettement mélancolique, qui s'accompagne de pleurs, facies angoissé, et provoque même une tentative de suicide par défénéstration.

Elle est en proie à une vive frayeur, croit voir un personnage de cinéma la poursuivant de son revolver, tressaille à chaque instant et dit entendre des bruits qui lui font peur.

Caractère pénible de ces troubles sensoriels.

Thème délirant assez incohérent.

Alimentation difficile.

10 septembre 1921 (au milieu de cette crise).

Adrénaline 0 mmgr. 5

Glycosurie alimentaire - Adrénalinique

	Avant	Après	3 h.	0 gr.	0 gr.
P.	68	84	6 h.	0 gr.	5 gr.
R. O. C.	44	76	9 h.	2 gr.	2 gr.
T. A. M ^x	14	15	12 h.	0 gr.	1 gr. 5
M ⁿ	9 ½	10			

Modifications générales : Mydriase

Chaleur vive

Tremblement qui impressionne la malade.

Palpitations.

Examen physique, 30 septembre 1921 : la malade ne délirant plus. Bouffées de chaleur incessantes.

Embonpoint.

Asthénie insurmontable.

Crise d'angoisse intermittentes.

Ligne blanche.

Constipation habituelle.

Frilosité.

Sortie après un mois et demi d'internement, très améliorée au point de vue mental.

Observation VI. — M^{me} Bourg, 61 ans : Accès hallucinatoire récidivant. Goitre. Paroxysme avec aggravation parallèle de signes psychiques et mentaux. (2^e séjour à l'asile).

Premier internement, 3 ans, 1910 à 1913, pour état mélancolique avec idées de persécution et idées de ruine liées à des hallucinations de l'ouïe. Tentative de suicide.

Deuxième internement, 1921 : Délire de persécution hallucinatoire. Prédominance des idées de persécution, qui sont actives, multiples, avec hallucinations pénibles de tous les sens, sur un fonds dépressif léger.

Cette malade est une Basedowienne, et déclare que l'accès antérieur et le nouveau coïncident avec une augmentation nette de tous les signes du syndrome de Basedow.

Goitre assez volumineux (gros comme le poing), la tuméfaction porte sur le lobe médian et le lobe latéral gauche, à l'exclusion du lobe droit, elle plonge dans l'espace rétro-sternal.

Il donne au toucher une sensation de rénitence marquée.

La paupière supérieure reste rétractée et ne suit pas les mouvements du globe. Rareté du clignement (s. de Graefe).

Pigmentation des paupières supérieures.

Pas d'exophtalmie.

Pas d'éclat oculaire, atonie du regard.

Pas de paralysie de la convergence.

Pupilles normales, les réactions à la lumière et l'accommodation sont normales.

Tremblement menu des mains.

Tachycardie modérée, 90, palpitations assez fréquentes.

Hypertension M^x 22 Mⁿ 11 io,6.

Troubles variés : crises de transpiration, avec petites poussées fébriles.

Amaigrissement concomitant de l'accès.

Manifestations particulières du psychisme : susceptibilité, instabilité et hyperémotivité.

La malade se calme rapidement, les idées délirantes s'atténuent, elle s'occupe journellement à la couture.

Après cinq mois, une sortie d'essai est tentée.

Elle ne donne pas de résultats heureux, et nous permet de constater de façon presque expérimentale la recrudescence parallèle des troubles thyroïdiens et psychiques.

Le goître est beaucoup plus dur au palper. La malade éprouve une tension douloureuse à son niveau, presque angoissante, la palpation est très sensible, décèle des battements vasculaires.

Les jugulaires sont turgescents.

Les carotides dansent en des systoles fréquentes.

La malade déclare qu'elle ressent comme une projection des globes oculaires très pénible.

Tremblement rapide, intense, des mains et des pieds.

Les réflexes tendineux faibles antérieurement sont très vifs.

Tachycardie : au dessus de 100.

La malade est restée chez elle trois semaines, en compagnie de son mari.

A son départ, elle ne présentait plus de troubles sensoriels, elle n'avait aucune végétation délirante, son habitus était humble, un peu effacé.

Elle rentre dans un état de surexcitation violente, la face congestionnée, la parole animée, en proie à une appréhension continue.

« Ça ne va pas du tout. Pendant deux jours seulement elle put rester tranquille, puis aussitôt toutes les persécutions ont recommencé.

Ce sont toujours les mêmes voisins, les Fontan, qui dirigent ces souffrances. Par l'intermédiaire de machines, ils lui envoient des piqûres sur tout le corps, des coups sur la poitrine, dans le côté gauche : le cœur lui saute dans le côté ».

(Nous soulignons cette interprétation délirante de sa tachycardie, qui montre comment les troubles physiques sont au moins contemporains du début de la récidence).

« A travers le mur, des injures lui parviennent ; elle ressent des odeurs mauvaises d'herbes roussies ; autour d'elle, on lui fait

passer des courants électriques. Ils veulent la faire mourir, l'empoisonner, et elle est obligée d'abord de s'enfermer pour qu'ils ne pénètrent pas chez elle, puis elle revient spontanément à l'asile pour trouver un remède contre son isolement et assurer sa sécurité personnelle. »

Emotivité et anxiété.

Amaigrissement.

Au milieu de ce paroxysme hallucinatoire, chez cette délirante thyroïdienne, nous pratiquons deux jours après son retour, l'épreuve de Goetsch :

2 Septembre

Adrénaline 0 mmgr. 5

Glycosurie : ~ 0

	Avant	Après	alimentaire	Adrénalinique
P.	80	100	après	
R. O. C.	64	76	3 h.	0
T. A.	M ^x 18	20	6	0
	M ⁿ 11 ½	11	9	0
	i o 2	4	12	0
				traces

Signes généraux très marqués :

Sensation de malaise avec nausées.

Transpirations très abondantes.

Chaleur cutanée.

Tremblement spontané.

Observation VII. — M^{me} Les..., 31 ans : Accès maniaque.

Excitation maniaque depuis 1 mois. Chants, bavardages, euphorie.

Instabilité de l'humeur. Suractivité intellectuelle.

Illusions de fausse reconnaissance.

Caractère instable, difficile. Divorcée.

Examen physique :

Légère hypertrophie thyroïdienne.

Cholémie.

Hypertrichose sourcillière ; épaisse chevelure noire très abondante.

Eclat oculaire.

Pas de tremblement.

15 septembre 1921 (deux jours après l'entrée).

Adrénaline 0 mmgr. 5 Glycosurie spontanée - Adréralinique

		Avant	Après	15 gr.	ap.
P.		72	88	3 h.	50 gr.
R. O. C.		80	80	6 h.	30 gr.
T. A.	M ^x	12	13	9 h.	10 gr.
	M ⁿ	7	8	12 h.	5 gr.
	io	2	2		

Modifications générales : Transpiration.

Pâleur.

Evolution. Alternatives d'excitation et de calme. Dépression même avec refus d'aliments, mais plutôt par caprice ou sursimulation.

Erotisme. Surexcitation intellectuelle persistante. Eclosion d'un délire de grandeur avec troubles psychosensoriels.

*Observation VIII. — M^{me} Vauq..., 45 ans : A la ménopause.
Accès maniaque de longue durée.*

Maniaque typique.

Maigrissement.

Aménorrhée.

10 septembre 1921. Malade subagitée.

Adrénaline 0^{mg}. 5 Glycosurie (ingestion 150 gr. glycose)

	Avant	Après	Spontanée, alimentaire - Adrénalinique			
P.	90	100	2 gr. 5	3 gr.	ap. 3 h.	5 gr.
					6 h.	traces
					9 h.	5 gr.
					12 h.	traces

Les autres mesures ne
sont pas possibles.

Modifications générales très accusées :

Transpiration très abondante.

Chaleur cutanée, peau moite

Agitation.

5 avril 1922 : la crise persiste encore.

Glycosurie spontanée 5 gr.

P.		82
R. O. C.		72
T. A.	M ^x	13
	M ⁿ	7
	io	2

Observation IX. — M^{lle} Kcl..., 26 ans : Périodique (2^e internement).

Accès antérieur : 6 mois, agitation et dépression intriguées.

A son entrée, donne l'aspect d'une psychose maniaco-dépressive avec intrication étroite de l'agitation et de la dépression, la première étant plus marquée et quelques symptômes confusionnels (frayeurs hallucinatoires).

A la suite, peut être cataloguée, malade atteinte d'un accès de confusion mentale périodique, dont la longue évolution doit faire réserver le pronostic.

Malade très difficile, rebelle à l'examen.

7 Septembre 1921 (15 jours après début accès).

Adrénaline 0 mmgr. 5

Glycosurie

Avant Après

spontanée-alimentaire - Adrénalinique

P	80	100 fort, plein, tendu	4 gr.	après	
				3 h., 5 gr.	1 gr.
		Mydriase.		6 h.,	6 gr.
		Transpiration.		9 h.,	2 gr.
		Moiteur de la peau.		12 h.,	2 gr.

Observation X. — M^{lle} Lerm..., 24 ans : Périodique maniaque.

1^{er} accès à l'âge de 15 ans.

2^e accès à 17 ans. Internement 2 ans $\frac{1}{2}$.

3^e accès. Début de septembre 1921 :

Euphorie, grimaces, chants. Agitation. Même aspect à chaque accès.

A l'acmé de cette crise maniaque.

14 septembre 1921 :

Adrénaline 0 mmgr. 5

Glycosurie : 0

	Avant	Après	alimentaire		- Adréalinique
P.	56	72	après 3 h.	traces	2 gr.
	très instable		6 h.	traces	1 gr.
R. O. C.	48	56	9 h.	0	0 gr.
T. M ^x (Hypotension au bras.	12		12 h.	0	0 gr.
T M ⁿ Oscillations très faibles).		7			

Evolution : persistance, état hypomaniaque.

Elévation, mobilité de l'humeur.

Susceptibilité.

Rapidité, suractivité intellectuelle.

Hyperkinésie.

Etat physique, 25 avril 1922 :

R. O. C. 76 — 60 = 12.

P. 60

T. A. M^x 13 $\frac{1}{2}$ au poignet (Hypotension très nette donc pendant la crise tandis que la tension se relève avec l'amélioration).
Mⁿ 10
i o 2 $\frac{1}{2}$.

Observation XI. — M^{lle} Cril..., 38 ans : Périodique maniaque (2^e internement).

Accès antérieur délirant, avec oscillations d'excitation et de dépression pendant 20 mois.

Accès actuel d'excitation maniaque typique.

Début de cet accès : 26 juillet 1921, coïncidant avec une période menstruelle absente.

Amaigrissement considérable : 10 kilogs en 3 mois.

Pigmentation des paupières.

Épaisse chevelure, sourcils abondants, noirs.

Cryesthésie, frilosité, cryophobies.

Moiteur de la peau.

13 Septembre 1921 :

Adrénaline 0 mmgr. 5

Glycosurie : 0

	Avant	Après	alimentaire	Adrénalinique
P	56	64	après 3 h.	0 gr. 2 gr.
R. O. C.		48	6 h.	4 gr. 5 gr.
T. A.	M ^x 13 1/2	14 1/2	9 h.	3 gr. traces
	M ⁿ 9	9 1/2	12 h.	2 gr. 5 2 gr.

Modifications subjectives :

Sensation de froid avec tremblement.

Contrastant avec une sudation consécutive.

Nervosisme : battements de cœur, gêne respiratoire.

Observation XII. — M^{me} Col..., 45 ans : A la ménopause (1^{er} internement).

Mélancolie anxieuse, refus d'aliments, confusion des idées, demi-stupeur.

Aspect confusionnel et hallucinatoire du délire.

N'est plus réglée depuis trois mois (juin 1921).

La malade est en réalité une périodique chez qui les troubles mentaux débutèrent à l'âge de 20 ans, par une crise maniaque de courte durée, soignée dans un hôpital.

A la naissance d'un deuxième enfant à 25 ans, dépression mélancolique avec peurs et anxiété.

Depuis lors, la malade hypoménorrhéique ne voit ses règles survenir que pendant les 6 mois d'été.

Pendant chaque hiver coïncidant avec l'absence de menstruations durant six mois, elle reste déprimée, inactive dans sa chambre qu'elle se refuse à quitter au point qu'elle ne va même pas chercher les aliments, et délaisse tous soins du ménage.

Au printemps, elle sort de sa torpeur et garde conscience de cette curieuse hibernation morbide.

L'étape climatérique est pour elle l'occasion d'une dépression plus longue : en mars 1921, elle ne reprend pas ses occupations et la famille la fait entrer à l'Asile en août, à la suite de réactions de suicide.

15 septembre 1921 :

Adrénaline 0 mmgr. 5

Glycosurie

	Avant	Après	spontanée	Alimentaire - Adrénalinique	
P.	96	120	2 gr.	après	
				3 h.	4 gr. 6 gr.
				6 h.	10 gr. perte des urines
				9 h.	5 gr. 4 gr.
				12 h.	0 4 gr.

4 avril 1922.

P. 108 Hypertendu.

R. O. C. augmente la tension du pouls. La numération est impossible.

Malade toujours très anxieuse, a peur du Pachon, refuse absolument l'application du brassard.

Glycosurie spontanée persistante, 1 gr. 5, influencée par le régime hydrocarboné. Pas de signes diabétiques.

25 mai 1922.

Amélioration. Malade calme. Persistance d'humilité et d'hallucinations auditives fugaces.

Observation XIII. — M^{me} Mar..., 42 ans : Psychose périodique (3^e internement : Premier séjour deux mois ; deuxième séjour 10 mois).

A présenté d'abord des accès de mélancolie avec alternatives de stupeur et d'agitation d'une durée de 5 à 6 semaines, séparés par un égal intervalle de calme, puis actuellement fait des accès plus longs de 4 mois environ à forme confusionnelle, avec reprise de la lucidité pendant une égale période.

Accès du 10 juillet au 10 octobre 1921 :

9 septembre :

Adrénaline 0 mmgr. 5	Glycosurie alimentaire - Adréralinique		
Avant	Après	3 gr.	très abondante,
P. 84/90	96/100		persistante le
R. O. C. recherche impossible.			lendemain : 2 gr.

Modifications générales :

Déclanchement d'agitation ;

Transpiration vive ;

Se plaint de ressentir des palpitations.

Observation XIV. — M^{lle} Dul..., 37 ans : Périodique. Hérité Similaire (4^e séjour à l'asile), 1^{re} à 23 ans, durée 8 mois ; 2^e à 25 ans, durée 4 mois ; 3^e à 28 ans, durée 2 ans.

Accès d'excitation maniaque et de mélancolie.

Actuellement internée depuis 7 ans, le rapprochement des accès rendant la malade incapable de se suffire au dehors.

Fait chaque année une période à double forme d'une durée de 4 mois, parfois deux accès la même année.

Les modifications de l'humeur sont à présent moins marquées, le cours des idées prend une teinte nettement confusionnelle.

D'ailleurs, la malade qui n'est pas du tout affaiblie conserve une amnésie lacunaire complète de son accès ; elle arrive à le situer dans le temps parce qu'on lui en dit les dates, mais ne peut en détailler les péripéties et les étapes.

Accès de novembre 1919 à février 1920.

Accès du 12 novembre 1920 au 10 mars 1921.

Accès du 10 juillet 1921 au 1^{er} octobre 1921.

L'accès coïncide avec le début d'une époque menstruelle. Les règles sont régulières pendant l'accès, le changement de forme s'exécute au moment d'une époque menstruelle.

La mère de la malade, également périodique, est aussi internée à l'asile.

10 Septembre 1921. Vers la fin d'un accès, en stade d'agitation hypomaniaque.

Adrénaline 0 mmgr. 5

Glycosurie : 0

		Avant		Après		alimentaire - Adrénalinique	
P. microsphygmie	68	84	après	3 h.	traces	2 gr.	
	instable.			6 h.	0 gr.	traces	
R. O. C. compression d'un quart de minute, ralentissement considérable et suppression du pouls pendant toute la durée de la compression.				9 h.	traces	0 gr.	
				12 h.	0 gr.	0 gr.	
Le quart de minute							
suivant :		12		10			
T. A.	M ^x	13		14			
	M ⁿ	9		10			
	i o	2		3			

Modifications générales :

Léger tremblement.

Transpiration.

Examen physique :

Eclat oculaire.

Raie blanche.

Signe de Maranon.

Observation XV. — *M^{me} Lej...*, 43 ans : A la ménopause. Délire mélancolique.

Hérédité similaire, mère décédée à Pontorson, de psychose ménopausique.

Mélancolie anxieuse, idées de damnation, d'immortalité.

Evolution vers la **chronicité** : Début février 1921.

Pas de troubles physiques.

31 août 1921 :	P.	84
	R. O. C.	72
	T. A.	M ^x 18
		M ⁿ 14

18 septembre 1921 :

Adrénaline 0 mmgr. 5

Glycosurie : 0.

Avant			Après			Alimentaire - Adrénalinique	
P.	72		88	3 h.		traces	0
R. O. C.	72		72	6 h.		0	0
T. A.	M ^x 15		15	9 h.		0	0
	M ⁿ 11		11	12 h.		0	0
io	4		4				

2 mai 1922. Malade extrêmement délirante, qu'on ne peut distraire des éléments de son délire.

Recherche du réflexe solaire hypotenseur. Suppression des oscillations pendant la compression épigastrique.

Observation XVI. — M^{me} Bret..., 45 ans : Périodique à fonds mélancolique.

Courtes périodes de demi-agitation, d'aspect confusionnel se produisant tous les mois au moment des règles et durant deux ou trois semaines.

Accès antérieurs plus longs d'agitation bien tranchée.

Parfois l'intervalle lucide, habituellement une dizaine de jours, atteint quatre à cinq semaines.

Dans une de ces longues périodes de calme, 19 septembre 1921 :

Adrénaline 0 mmgr. 5

Glycosurie : 0.

		Avant	Après	Alimentaire - Adrénalinique		
P.		68	64	3 h.	3 gr.	traces
R. O. C.			10	6 h.	traces	traces
T. A.	M ^x	13	13	9 h.	traces	0
	M ⁿ	9	9	12 h.	0	0
	io	5	4			

CHAPITRE III

TESTS DE L'ADRÉNALINE ET DE L'EXTRAIT HYPOPHYSAIRE

Essais de l'atropine et de la pilocarpine

(Mars, Avril, Mai 1922)

La recherche systématique de la sensibilité à l'adrénaline a été le commencement de notre étude des réactions biologiques dans les psychoses affectives.

Au cours d'une seconde série d'expériences, la valeur de la réaction à l'adrénaline a été approfondie. Nous avons pratiqué des injections d'Adrénaline Clin à doses croissantes : reprenant le départ, au $\frac{1}{2}$ mmgr., jusqu'à la dose de 1 mmgr. 5 ou 2 mmgr.

Notre expérimentation a été étendue à l'étude du test hypophysaire.

Nous nous sommes servi de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse de Carrion : ou Rétropituine.

La Rétropituine Carrion est un extrait injectable de lobe postérieur d'hypophyse de bœuf. Le poids moyen d'un lobe est de 28 centigrammes.

La rétropituine correspond à 20 centigrammes de lobe frais par centimètre cube, soit environ à 4 centigrammes de poudre de lobe postérieur sec.

Nous avons utilisé la dose de 1 centimètre cube.

Précédés de l'épreuve de la glycosurie alimentaire les tests de l'adrénaline et de l'hypophyse ont toujours été recherchés suivant la technique que nous avons décrite.

Afin de posséder des éléments de comparaison avec le sujet normal, il était d'abord indispensable de faire l'essai de ces réactifs endocriniens : une petite débile mentale a reçu des injections de contrôle, et a été notre témoin.

Notre investigation a porté sur 12 malades.

Le tableau ci-dessous indique leur répartition suivant la période et la forme mentale.

TESTS BIOLOGIQUES

1 témoin.

12 malades.

En crise : 11.

1 périodique à double forme en stade dépressif	Obs. XVII	
1 périodique mélancolique	XXIII	
3 » à forme confusionn.	XIII bis	
	XVI bis	En
	XXI	récidives : 8
3 » maniaques	XXII	
	XXIII	
	XXIV	
3 maniaques	Obs. XXV	En
	XXVI premier accès :	3
	XXVII	

En calme : 3.

1 périodique à double forme....	Obs. XXVIII
et 2 malades examinées aussi en rémission, après un premier examen pendant la crise....	Obs. XXIII
	XVI bis

Nous nous sommes efforcés de rechercher les variations des réactions au cours de l'accès lui-même et dans son intervalle.

Nous avons pu, de la sorte, établir des différences expérimentales entre la crise et la rémission.

Ces résultats se trouvent consignés dans nos observations ; la construction de quelques graphiques en rendra la lecture plus facile.

Enfin, sur quatre de ces malades, nous avons adjoint les épreuves de l'atropine et de la pilocarpine.

TEMOIN.

M^{lle} Lép..., 24 ans.

Débilité mentale, niveau de 7 ans. Illettrée. Mythomane.

Poids 50 kilogs. Etat physique normal.

Nous nous assurons de l'intégrité endocrinienne : pas de signes de la série thyroïdienne, absence du signe de Lian, du signe de Maranon, de la raie blanche.

Mais c'est une malade qui a du dermatographisme, des érythèmes pudoraux, des manifestations de nervosisme et de grande émotivité.

Elle n'a pas de glycose dans les urines, mais par suite d'insuffisance hépatique légère, la glycosurie alimentaire est chez elle positive.

Nous choisissons intentionnellement cette fille, particulièrement apte aux réactions expérimentales, afin d'éliminer les modifications d'ordre névropathique ou de caractère hépatique, chez nos autres malades.

L'injection d'adrénaline, $\frac{1}{2}$ mmgr., est quasi sans réponse de l'appareil cardio-vasculaire.

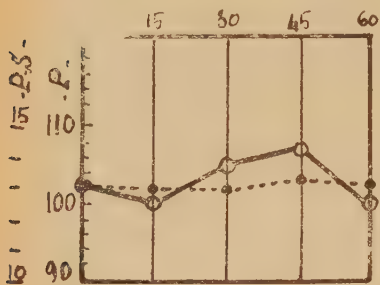
Les modifications sont : irrégularité respiratoire, tremblement des mains léger.

La rétropituine se comporte comme un hypotenseur faible, et affecte peu la subjectivité.

La glycosurie alimentaire positive est augmentée par l'adrénaline, mais reste inférieure à 10 gr. par litre. Elle n'est pas influencée par la rétropituine.

Adrénaline : 0 mmgr. 5 + Glycose : 150 gr.

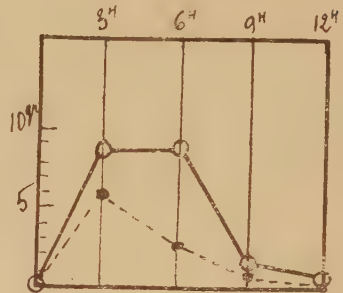
Nombre de minutes depuis l'injection



— Pouls

--- Pression systolique

Nombre d'heures



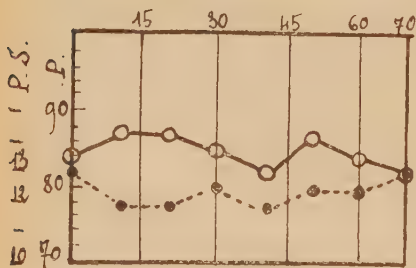
Taux d'élimination du glycose

— Glycosurie adrénalinique

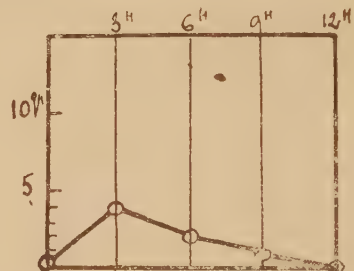
--- » alimentaire

Rétropituine : 1 c.c. + Glycose : 150 gr.

Nombre de minutes depuis l'injection



Nombre d'heures



— Glycosurie hypophysaire

GRAPHIQUE I

Observation XVII. — M^{lle} Bar..., 38 ans : Périodique à double forme.

Syndrome mental.

Premier internement : entrée à l'asile septembre 1915.

Fait chaque année deux accès d'une durée variable de deux à quatre mois, caractérisés par une phase initiale de dépression mélancolique, avec stupeur, mutisme, refus de nourriture, suivie immédiatement d'excitation motrice avec cris désordonnés, gesticulations, turbulence, tracasserie, méchanceté. La phase dépressive est toujours dominante et de durée plus longue, parfois elle constitue seule tout l'accès.

Des idées délirantes, mystiques, sans cohérence, avec adaptation de l'activité : agenouillement, prières, extase forment le prélude de chaque récive, troubles de caractère professionnel : la malade est une ex-religieuse. Chaque accès coïncide avec le début d'une période menstruelle. Il s'accompagne d'amaigrissement considérable.

Intégrité mentale, caractère difficile dans l'intervalle.

Etat physique :

Troubles endocriniens : Hypoménorrhéique habituelle

Transpiration

Facies séborrhéique

Troubles vaso-moteurs des extrémités

Eclat oculaire

Pas de goitre. Pas de tremblement

Signe de Maranon

Frilosité

Petite taille : 1 m. 55. Poids : 35 kilos 500.

Hyperréflexivité tendineuse.

Réflexe solaire négatif.

Accès du 1^{er} août au 1^{er} octobre 1921.

Le 31 août : P. = 80

R. O. C. = 20 — 25 = + 5 compression 1/4 de minute

Glycose = 1 gr. 5 par litre.

Nouvel accès débutant le 12 mars 1922.

Le R. O. C. est toujours inversé chez cette malade pendant tout l'accès.

Le 13 mars : P. = 76

R. O. C. = $76 - 90 = +14$

T. A. impossible à prendre au poignet. M^x 13 au bras

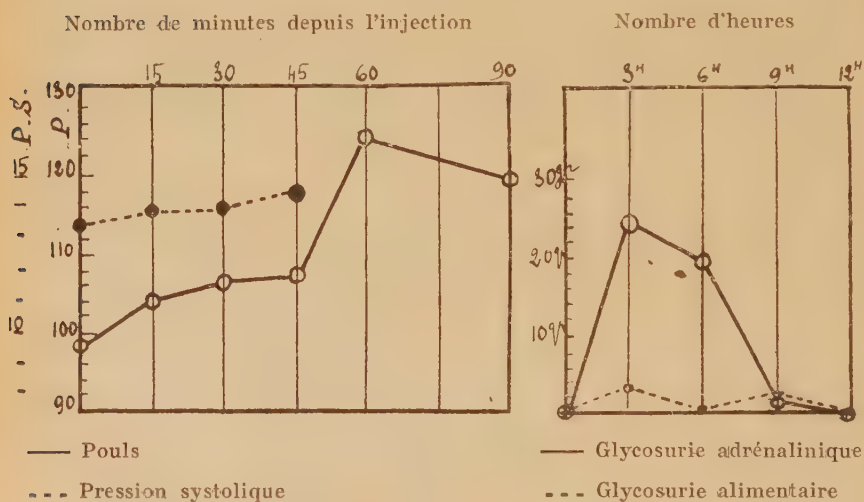
Mⁿ 9 »

i. o. 3

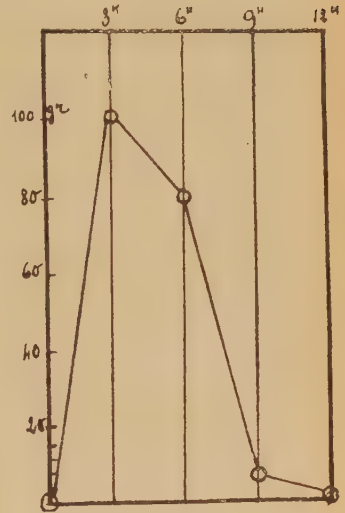
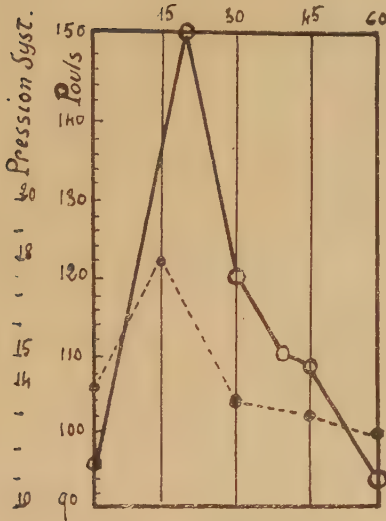
Mydriase. Cyanose et œdème des doigts, main bleue.

M^{11e} Bar... —

Adrénaline : 0 mmgr. 5 + Glycose : 150 gr.

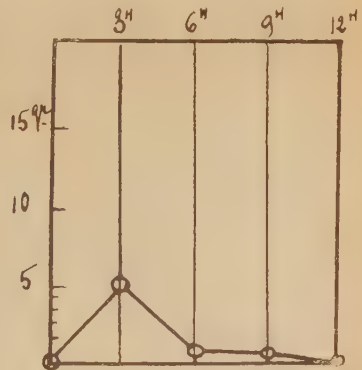
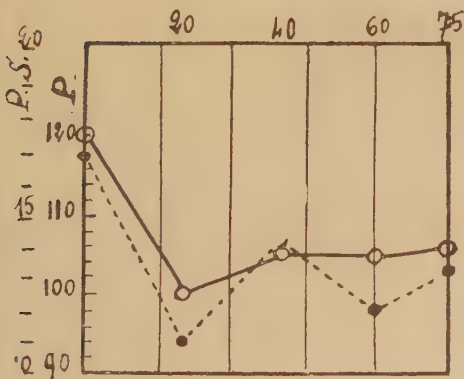


Adrénaline : 1 mmgr. 5 + Glycose : 150 gr.



Taux d'élimination du glycose par miction en gr. par litre.

Rétropituine : 1 c.c. = 0 gr. 20 de lobe frais + Glycose : 150 gr.



GRAPHIQUE II

Epreuves biologiques au cours de l'accès.

13 avril. Adrénaline 0 mmgr. 5.

Accélération progressive du pouls de 98 à 125, persistance à 120, après 1 h. 30.

Augmentation de la maxima de

13 $\frac{1}{2}$ à 14 $\frac{1}{2}$.

Pas de variation de la minima

tension au bras

L'indice oscillométrique passe de 4 à 6

divisions.

Le R. O. C. qui détermine une véritable anxiété chez cette malade n'a pu être pris.

Modifications générales très notables : pâleur du visage, chair de poule, sueurs froides.

La malade s'agite à la fin de l'examen.

24 avril : Rétropituine 1 cc.

La malade pleure, est en proie à une vive anxiété avant l'épreuve.

Tachycardie 120

Hypertension 17

au bras

L'hypophyse détermine rapidement :

Ralentissement du pouls 120 à 100

Chute de tension M^x 17 à 11 •

remarquable

Mⁿ 10 $\frac{1}{2}$ à 8 $\frac{1}{2}$

Diminution io 4 à 1 $\frac{1}{2}$

Ces réactions cardio-vasculaires ne sont pas réparées après une heure et demie.

Les modifications subjectives sont intenses, et consistent en :

Contractions intestinales, coliques douloureuses, déterminant une évacuation lientérique abondante à la 40^{me} minute, et une seconde à la 60^{me}.

Tremblement.

Pâleur.

Grelottement, sensation de froid.

25 Avril. — Adrénaline : 1 mmgr. 5.

Nous nous tenons à cette dose maxima en raison du faible poids de la malade. Les réactions qu'elle entraîne sont tellement intenses

qu'elles font naître une certaine appréhension, leur rapidité d'apparition, leur violence légitiment la crainte, heureusement vite dissipée, d'un accident.

Il y a tachycardie formidable à 150
hypertension de 14 à 18.

Jointes à une pâleur impressionnante, avec mydriase, chair de poule, transpiration cutanée, pendant que la malade se plaint de se trouver gênée, manifeste de l'angoisse et soupire avec inquiétude.

Mais cet état de malaise ne dure qu'un instant, sa fugacité est aussi à noter.

La tension retombe immédiatement à 13 $\frac{1}{2}$, et se maintient ensuite au-dessous du chiffre initial pour maxima.

La minima élevée de 9 $\frac{1}{2}$ à 11 $\frac{1}{2}$ redescend de même à 8 et 7 $\frac{1}{2}$.

L'indice oscillométrique est doublé de 4 à 8 divisions et garde cette amplitude.

Etude des glycosuries :

Le 11 avril, la glycosurie spontanée fait défaut.

Le 12, glycosurie alimentaire	après 3 h.	6 h.	9 h.	12 h.
positive faible	taux 2 g. 5	0 g. 5	2 g.	0 gr.

Le 13, glycosurie adrénalini-				
que 0 mmgr. 5.	25 g.	20 g.	traces	0 gr.

Le 25, glycosurie adrénalini-				
que 1 mmgr. 5.	100 g.	80 g.	8 g.	0 gr.

Le 24, glycosurie hypophy-				
saire.	5 g.	traces	traces	0 gr.

Après repas de glycose 150 gr., l'adrénaline a relevé le taux d'élimination du glycose par l'urine dans de très fortes proportions.

La glycosurie déterminée par l'hypophyse est restée faible.

Observation XVIII. — M^{lle} Rech..., 35 ans : Périodique mélancolique (3^e internement au 10 avril 1922) : 1^{er} séjour, 19 mois, 19 ans (1906) ; 2^{me} séjour, 12 mois, 24 ans (1911) ; dépression mélancolique avec accès de persécution, nombreuses hallucinations auditives et visuelles.

Guérison complète de chaque accès. Malade parfaite en rémission.

Chaque année, depuis lors, pendant l'hiver, période dépressive de deux à trois mois avec obligation du repos en famille et interruption de travail.

C'est au cours d'un de ces accès annuels plus intense, que la malade entre à l'asile pour la troisième fois.

Syndrome mental.

Idées délirantes de culpabilité, d'amoindrissement, de dépréciation, d'incapacité.

Sentiments d'impuissance. Facies contracté. Tristesse et larmes. Anxiété. Attente de malheurs imaginaires, phobies, regret de l'existence.

Hallucinations psychomotrices, cénesthésiques, auditives verbales : « Une voix me dit, tu souffres ». Conscience de ces troubles morbides.

Examen physique.

Cou volumineux, signe de Maranon, pas d'hyperesthésie thyroïdienne. Tremblement des doigts, léger et fin.

Eclat du regard, pas d'exophtalmie. Pupilles régulières, diamètre et réflectivité normaux.

Tachycardie : 117 ; R. O. C. V., pas d'hypertension.

Palpitations.

Angoisse.

Transpirations abondantes.

Constipation habituelle.

Dysménorrhée pendant les périodes de tristesse.

Amaigrissement récent.

Epreuves biologiques. Pendant l'accès.

La malade est réglée du 14 au 17 avril.

18 Avril : Adrénaline 0 mmgr. 5.

Tachycardie : 100 à 118. } se produisant tardivement à la
Hypertension M^x 12 à 14. } 40^e minute.

Variation vagotonique du R. O. C.

Augmentation d'amplitude de i. o : 2 à 7 divisions.

Modifications générales :

Rejet par vomissement du glucose ingéré.

Pâleur.

Tremblement léger.

Bouffées de chaleur.

Sueurs froides.

19 Avril : Rétropituine, 1 centimètre cube.

Bradycardie : 12 pulsations.

Baisse de la maxima de 2 centimètres.

Diminution d'amplitude des oscillations.

Phénomènes généraux : Constriction vaso-motrice.

Pâleur légère.

contractions intestinales tardives.

24 avril. — A nouveau, épreuve de Goetsch : Adrénaline :

0 mmgr. 5.

Elle détermine des *réactions beaucoup plus vives que l'injection précédente faite immédiatement après les Règles.*

Accélération du pouls de 26 pulsations.

R. O. C. devient inversé sympathicotonique à la fin de l'épreuve.

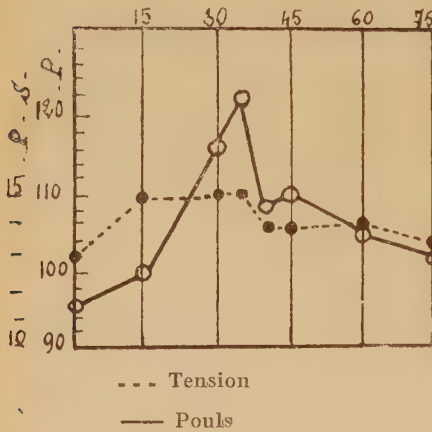
Malaise, palpitations.

Tremblement accentué.

M^e ° Rech... Dépression mélancolique. Pendant l'accès.

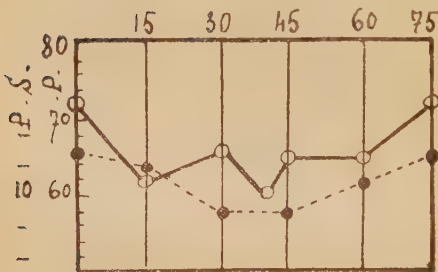
Adrénaline : 0 mmgr. 5 + Saccharose : 150 gr.

Nombre de minutes depuis l'injection



Glycosurie inférieure à 5 gr.

Rétropituine : 1 c.c. + Saccharose : 150 gr.

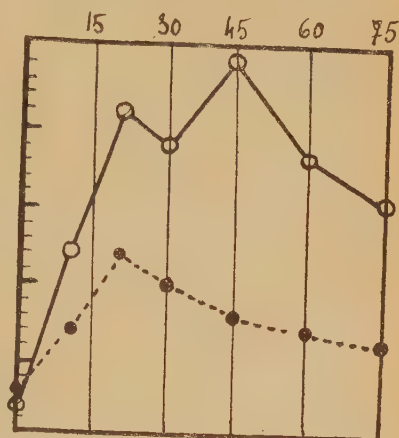
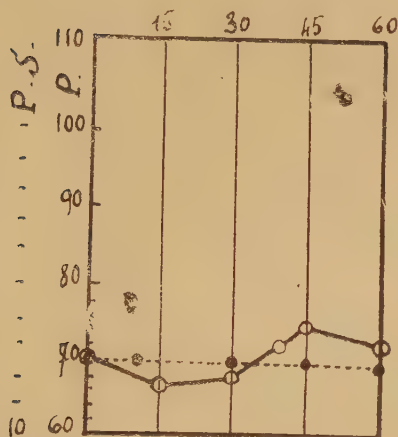


Glycosurie inférieure à 5 gr.

M¹⁰ Rech... — Après guérison de l'accès mélancolique.

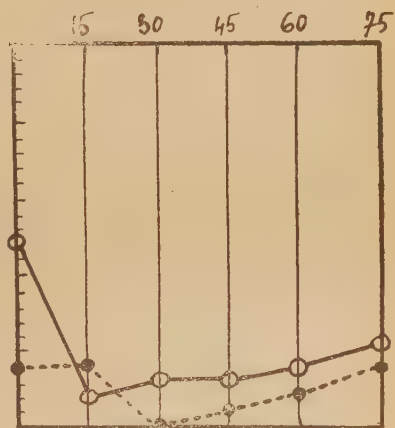
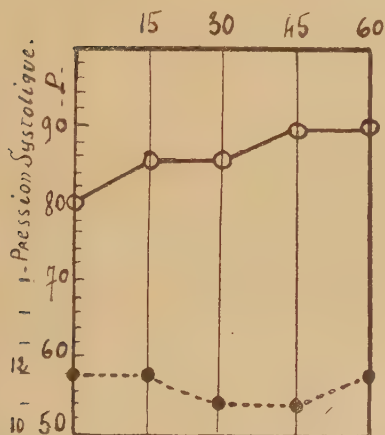
Adrénaline : 0 mmgr. 5

Adrénaline 0 mmgr. 5 + Ext. Thyroïdien 2 c. c.



Rétropituite : 1 c.c.

Rétropituite 1 c. c. + Ext. Thyroïdien 2 c. c.



GRAPHIQUE III

Modifications urinaires.

Pas de réactions polyuriques par ces épreuves.

Élimination de glycose : traces spontanées.

Après ingestion de saccharose 150 gr., l'adrénaline et l'hypophyse élèvent le taux d'élimination aux environs de 5 gr.

Action de l'Atropine et de la Pilocarpine.

20 avril : Pilocarpine, 10 mmgr.

La malade est suivie pendant 2 heures, le pouls et la tension ne sont pas influencés de façon appréciable.

Il y a coloration du visage, sans salivation, sans transpiration.

21 avril : Atropine, 0 mmgr. 5.

Aucune modification d'ordre cardio-vasculaire, ou général.

Evolution : les troubles mentaux s'atténuent rapidement. La malade a retrouvé à l'asile la sécurité qui lui faisait défaut, elle sèche vite ses pleurs, et passe à la gaieté.

Persistance d'une certaine émotivité. Disparition des préoccupations hypocondriaques. L'accès qui a débuté en février prend fin, guérison complète au 5 mai.

Nous reprenons alors les épreuves biologiques en CALME.

16 mai : Adrénaline 0 mmgr. 5.

Retentissement nul sur le pouls et la tension.

Le recherche du Réflexe solaire n'influe pas sur l'amplitude oscillatoire.

Légère pâleur, aucun trouble subjectif.

Malgré l'injection de 150 gr. de saccharose, glycosurie infime, traces inférieures à 1 gr.

Epreuve complètement négative.

17 Mai. — Rétropituine : 1 centimètre cube.

Accélération paradoxale du pouls consécutive.

Hypotension brève de M^x de 1 centimètre.

Pas de modification de M^p et de i. o.

Pas de troubles subjectifs : *Epreuve négative.*

En ajoutant à l'adrénaline et à l'hypophyse 2 centimètres cubes d'extrait thyroïdien, nous poursuivons l'expérimentation :

19 Mai. — Adrénaline 0 mmgr. 5 + Extrait thyroïdien 2 centimètres cubes :

Apparition précoce de tachycardie qui atteint une accélération de 28 pulsations.

Hypertension de M^x et de Mⁿ. Augmentation de i. o.

Surtout, manifestations subjectives marquées :

Pâleur, palpitations vives qui troublent la malade, sont sujet d'interprétations hypocondriaques. Sensation de gêne avec angoisse indéfinissable. Transpiration. Alternatives de chaleur et de cryesthésie.

« Pourquoi suis-je donc aussi secouée aujourd'hui ? »

20 Mai. — Rétropituine 1 centimètre cube + Extrait thyroïdien 2 centimètres cubes.

Ralentissement du pouls, hypotension, diminution de l'indice oscillométrique.

Pâleur et sensation de froid.

L'extrait thyroïdien, qui, seul, n'avait provoqué aucune réaction chez cette malade, rend à nouveau positifs les tests de l'adrénaline et de l'hypophyse.

Observation XVI^{bis}. — M^{me} Bret..., 45 ans : Confusion Périodique. Etat mental. (3^{me} séjour à l'Asile où elle est en traitement depuis deux ans) : séjours antérieurs : 1^{er}, 8 mois (1913) : post-puerpéralé ; 2^{me}, 18 mois (1915) : post-puerpéralé.

Type de Périodique confuse, chez qui l'incohérence des propos pendant l'accès prime les variations de l'humeur.

Même aspect de périodes rapprochées, commandées par les règles ; rémissions plus brèves : époque de la ménopause.

Hallucinations visuelles frustes.

Examen physique.

Exophtalmie, battements oculaires.

Mydriase faible.

Tremblement marqué des mains et des doigts.

Palpitations.

Pas de goitre.

Bouffées congestives du visage avec larmoiement.

Chevelure noire abondante.

Signe de Maranon très net.

Dysménorrhée coutumière.

Sténose mitrale bien compensée.

Appareils digestifs et nerveux, normaux.

Epreuves biologiques :

En septembre dernier, au cours d'une rémission assez longue, l'épreuve de Goetsch est négative.

En avril 1922, confusion agitée du 9 avril au 1^{er} mai.

13 Avril. — Adrénaline : 0 mmgr. 5.

Modifications cardio-vasculaires :

Accélération du pouls : 12 pulsations.

Relèvement de la tension M^x de ½ centimètre; baisse de 1 centimètre consécutive ;

Baisse de la tension Mⁿ de 1 centimètre.

Augmentation de i. o. de 3 à 7, avec retour à 4.

R. O. C. vagotonique : 72 — 68 = — 3.

95 — 77 = — 18.

Modifications générales :

Exagération considérable du tremblement.

Pâleur légère.

15 Avril. — Adrénaline : 2 mmgr.

Tachycardie : 30 pulsations.

M^x au-dessus de 1 cm.

Mⁿ au-dessous de ½ cm. puis au-dessus de ½ cm.

i. o. même variation qu'à l'épreuve précédente.

Modifications générales : vives.

Angoisse.

Sensation de froid.

Tremblement généralisé.

Pâleur très marquée qui débute précocement et dure 30 minutes.

Mydriase considérable brève.

Tachypnée : 16 à 25 respirations par minute.

18 avril. — Rétropituine : 1 centimètre cube.

Les modifications se produisent de la 15^e à la 40^e minute et consistent en Bradycardie modérée — 12 pulsations

Chute de la tension M^x — 2 cm. Hg.

Mⁿ — ½ cm

P. o. de 3 à 1 ½

R. O. C. : devient nul.

Subjectivement : contractions intestinales et utérines.

Etude de la sécrétion urinaire.

11 glycosurie spontanée	néant				Polyurie
12 glycosurie alimentaire	3 h.	6 h.	9 h.	12 h.	2 l. 500
	traces 1 gr.				
13 glycosurie adrénalinique					
0 mmgr. 5	3 gr.	10 gr.	1 gr.	1 gr.	1 l. 500
14 glycosurie adrénalinique					
2 mmgr. 50 gr.	3 gr.	1 gr.	1 gr.	1 gr.	1 l. 700
18 glycosurie hypophysaire	5 gr.	12 gr.	3 gr.	0 gr.	1 l. 800

Les substances pharmaco-dynamiques n'ont pas influencé la polyurie.

Exploration du système nerveux organo-végétatif par la pilocarpine et l'atropine.

19 Avril. — Pilocarpine : 2 mmgr. 5 (faible dose en raison de la sténose métrale).

La malade est suivie pendant les 2 heures consécutives à l'injection.

On note un ralentissement du pouls de 6 pulsations ;

une baisse de tension M^x de 1 cm. ½.

absence de modification du R. O. C.

Quelques mouvements de salivation.

Le seul fait intéressant consiste en une polyurie de 2 l. 750.

20 Avril. — Atropine : 0 mmgr. 5.

Aucune variation du pouls, de la tension n'est enregistrée.

R. O. C. 60 — 48 = — 12 avant.

60 — 55 = — 5 après.

La quantité d'urines est de 1 l. 800.

21 Avril. — Pilocarpine : 10 mmgr.

	Modifications
Ralentissement du pouls 5 pulsations	} vraiment minimales : l'élévation de la dose n'amène pas l'augmentation des réactions.
Hypotension : 1 cm.	
R. O. C. passe de — 6 à — 10.	
Salivation légère, coloration du visage,	
Transpiration à peine sensible.	

Evolution: l'accès est suivi de calme momentané du 1^{er} au 5 mai.

Du 5 au 10, malade à nouveau troublée.

10 Mai : conversation raisonnable. Ne se rappelle pas l'accès. Semble entrer dans une intermittence lucide. Nous profitons du retour du calme pour reprendre l'expérimentation.

17 Mai. — Adrénaline : 0 mmgr. 5.

P. varie de 60 à 66.

Pas de modifications de M^s, ni de Mⁿ.

Le R. O. C. n'est pas influencé.

Le réflexe solaire négatif, ne varie pas pendant l'épreuve.

L'injection ne provoque aucune modification générale.

La glycosurie, après ingestion de glycose, 150 gr., est cependant encore très appréciable.

On peut dire que l'épreuve de l'Adrénaline est à nouveau négative en période de calme.

Observation XIII bis. — M^{me} Mar..., 42 ans : Confusion périodique.

Accès confusionnels périodiques de longue durée, 4 mois, succédant à des accès dépressifs antérieurs à intervalles rapprochés.

Cette suppléance d'accès mélancoliques par des périodes confusionnelles marque la parenté de la confusion périodique avec les psychoses affectives il s'agit d'une même psychose périodique à aspects différents.

L'accès se caractérise par une agitation incohérente, des propos décousus, des hallucinations visuelles, quelques troubles sensoriels auditifs, et des signes physiques : odeur acétonémique, réaction de l'acidose, état digestif suburral, alimentation irrégulière, amaigrissement marqué : 5 kilos et plus.

Nouvel accès depuis le 15 février 1922.

Examen physique :

Regard brillant.

Signe de Maranon.

Légère hyperesthésie thyroïdienne.

Pas de dermographisme, pas de ligne blanche.

Pas de goitre, pas de palpitations.

Constipation par intervalles.

Myosis.

Dysménorrhée.

Pouls varie de 80 à 90, mou, régulier.

R. O. C. nul ou inversé.

Hypotension de M^x 11.

Réflexe solaire : +, la compression épigastrique détermine la diminution d'amplitude des oscillations du Parhon.

Epreuves biologiques.

14 avril. — Adrénaline : 0 mmgr. 5.

Modifications cardio-vasculaires, rapides, débutant avant la 10^e minute et durant pendant 2 heures.

Tachycardie 16 pulsations

Tension M^x au-dessus de 1 ½

Mⁿ au-dessous de 1 persistante

io au-dessus de 3 persistante

R. O. C. : nul au début de l'épreuve, le redevient après 2 heures, et varie dans le sens vagotonique avec ralentissement de

7 pulsations par la compression d'une minute

16 » » de deux minutes

au moment de la plus forte tachycardie.

Modifications générales :

Hyperthermie de 0°5.

Tremblement léger.

15 avril. — Adrénaline : 2 mmgr.

Augmentation générale de toutes les réactions.

Tachycardie précoce et durable, maximum 48 pulsations.

Variations parallèles de la tension.

R. O. C. nul, donne un écart de ralentissement de 30 pulsations.

Hyperthermie : 1°.

Vasoconstriction généralisée.

Transpiration froide.

20 Avril. — Rétropituine : 1 centimètre cube.

Réactions cardio-vasculaires.

Bradycardie de 14 pulsations, le pouls reste ralenti après une heure et demie.

Hypotension	M ^x 1 cm.	) persistantes.
	M ⁿ 1 cm.	
Diminution	io 2 à 1)	

R. O. C. reste nul pendant l'épreuve.

Modifications subjectives :

Subagitation.

Pâleur.

Coliques intestinales douloureuses.

Etude de la sécrétion urinaire :

Les injections d'adrénaline et d'hypophyse n'ont pas provoqué de polyurie.

Glycosurie alimentaire : insignifiante.

Relèvement considérable du taux d'élimination du glucose par l'adrénaline.

Glycosurie hypophysaire : faible.

21 avril. — Atropine : 0 mmgr. 5.

Aucune variation du pouls, de la tension, du R. O. C. pendant deux heures.

Pas de mydriase, pas de trouble subjectif.

Epreuve complètement négative.

22 avril. — Pilocarpine : 10 mmgr.

On note à la suite de l'injection un peu de larmolement, de la sputation, de la salivation très légères.

Pas de modification vaso-motrice.

Aucune influence sur l'appareil cardio-vasculaire.

Observation XXL. — M^{me} Le Fl., 52 ans : Confusion périodique (1^{er} internement 1918, 2^e internement 1921).

Fait chaque année deux accès d'agitation confuse d'une durée de trois mois, avec grand désordre dans les idées, négativisme et troubles psychosensoriels : hallucinations visuelles et auditives.

Intégrité mentale dans l'intervalle (débilité mentale).

Examen physique.

Ménopause depuis trois ans.

Embonpoint, hypertrichose : barbe et moustache.

Hypertension artérielle.

R. O. C. nul ou faiblement ralenti.

Réflexe solaire nul.

Glycosurie spontanée, environ 2 gr. par litre.

Signe de Maranon et dermatographe.

Epreuves biologiques (la rechute date du 21 février).

15 Avril : Adréaline : 0 mmgr. 5.

Malade délirante et subagitée.

	Avant	Après (45 min.)
P.	70	90
R. O. C.	67	80
T. A. M ^x	20 ½	22 ½
M ^p	12 ½	12 ½
i. o.	3	4

Modifications générales : pâleur, sudation, mydriase.

24 Avril. — Rétropituite : 1 c.c.

	avant	15 min.	30	45	60
P.	68	66	60	63	68
R. O. C.	66		60		64
T. A. M ^x	18	18	18	15 ½	17
M ^p	12 ½	12 ½	12 ½	12	12
i. o.	5	3	3	2	2 ½

Modifications générales :

Sensation de malaise ; nausées.

Vaso-constriction : pâleur des téguments.

Contractions intestinales.

Coliques utérines.

Variations de la sécrétion urinaire.

Glycosurie spontanée. traces
après 3 h. 6 h. 9 h. 12 h.

Glycosurie alimentaire

(rejet d'une partie de gly-
cose par vomissement.

taux 5 gr. 1 gr. traces traces

Glycosurie adrénalinique

7 gr. traces non recueillies

Glycosurie hypophysaire.

8 gr. 1 gr. 1 g. 5 1 gr.

Observation XXII. — M^{me} Dupil..., 57 ans : Périodique maniaque (3^e internement).

La fille de la malade, également périodique, a été internée à cinq reprises, au moment de ses grossesses, elle est cyclothymique menstruelle.

Il n'y a pas d'antécédents familiaux.

Les séjours à l'asile de M^{me} D..., sont en rapport avec la ménopause.

Le 1^{er} séjour, 46 ans (durée 4 mois), est postérieur au premier internement de la fille. Il y a une curieuse analogie de l'influence génitale sur la psychose chez la mère et la fille.

Accès à double forme.

2^e séjour, 53 ans (18 mois), agitation maniaque.

3^e séjour, 58 ans (entrée le 20 avril 1922), excitation hypomaniaque, logorrhée, excitation intellectuelle, vagues idées de persécution, collectionnisme. Cet état dure déjà depuis plusieurs mois.

Examen physique.

Importance des troubles endocriniens.

Hypoménorrhéique. Premières règles à 17 ans.

Troubles de la ménopause particulièrement vifs.

Dernières règles à 52 ans, mais, quelques pertes espacées depuis lors.

Goitre, petit, dur, du volume d'un œuf de poule développé aux dépens du lobe médian et du lobe droit, apparu à 53 ans.

Non douloureux spontanément, subit des alternatives d'augmentation.

Hyperesthésie thyroïdienne : signe de Liau.

Le signe de Maranon : persistance d'une raie vaso-motrice par le frottement de la peau de la région thyroïdienne, est positif.

Tremblement léger des doigts.

Pas d'exophtalmie, pigmentation de la paupière supérieure.

Palpitations, crises d'angoisse.

Les signes de la série basedowienne s'accompagnent de :

Cholémie.

Constipation rebelle.

Hypertrichose : poils de moustache et au menton.

Cheveux noirs abondants.

Hyperkinésie habituelle, nervosisme, céphalées, insomnies.

Crises sudorales.

Un amaigrissement important marque chaque accès.

À 45 ans, poids 75 kilos.

À 57 ans, poids 48 kilos.

Appareil cardio-vasculaire :

Tachycardie	106
R. O. C.	95
Hypertension	M ^x 17 ½
	M ⁿ 11 ½
i. o.	3

Epreuves biologiques : intérêt spécial chez cette malade Basedowienne, dans un état hypomaniaque déjà ancien.

4 mai. — Adréaline : 0 mmgr. 5.

	Avant	15 minutes	30	45	60	75
P.	108	118	120	120	118	108
R. O. C.	100	113		108		108
T. A.	M ^x 16	15	17	16 ½	15 ½	16
	M ⁿ 10 ½	10	11	11	10 ½	10 ½
	io 4	3	3	5	5	3

Réflexe solaire 0. Pas modifié par l'épreuve.

Modifications générales : Pâleur.

Tremblement.

Chair de poule, sensation de froid,
puis de chaleur, suivie de transpiration.

5 mai. — Rétropituine : 1 centimètre cube.

		Avant	10 min.	20	30	40	50	60
P.		88	88	88	74	68	70	75
R. O. C.		76				70		74
T. A.	M ^x	16 ½	16	13 ½	14 ½	15	13	15
	M ⁿ	11	11	11	11	11	8	10
	io	2 ½	2	1 ½	2	2	1 ½	3
Réflexe solaire		0	Diminution légère de l'amplitude		Suppression des oscillations		Pas de réponse	

Modifications subjectives :

Pâleur constrictive aussi forte qu'avec l'adrénaline.

Tremblement marqué pendant les dix premières minutes.

Agitation nerveuse.

Action entérocyntétique : la malade qui ne va à la selle que tous les trois jours, a deux évacuations les heures suivantes.

Etude de la glycosurie :

Glycosurie spontanée : 0.

		ap.	3 h.	6 h.	9 h.	12 h.
»	alimentaire	taux	0 g.	6 g. 50	0 g.	0 g.
»	adrénalinique	taux	20 g.	4 g.	2 g. 5	2 g. 5
		quantité	6 g.	1 g.	0 g. 60	0 g. 50
»	hypophysaire	taux	pas recueillie		10 g.	4 g.
		quantité			1 g. 50	0 g. 50

Observation XXIII. — M^{me} Duq..., 48 ans : Périodique maniaque (7^e internement).

Chaque séjour dure environ 5 mois, il se caractérise par de l'excitation maniaque presque pure, tous les 2 ans, depuis l'âge de 36 ans (1910). Au dehors passe par des périodes dépressives.

Début de cet accès, 20 avril : la malade quitte le domicile conjugal en camion, erre dans la ville, visite médecins, prêtres, autorités et vient spontanément demander son admission.

Etat d'agitation maniaque, logorrhée, instabilité extrême des idées, déclamations, humeur joviale. Exubérance. Hyperkinésie.

Etat physique :

Appareils endocrines. A la ménopause.

Dysménorrhée actuelle.

Hyperménorrhéique habituelle : durée des règles 10 jours.

Troubles vaso-moteurs, bouffées de chaleur, céphalies, algies.

Signe de Maranon.

Dermographisme.

Embonpoint, pléthore, poids 85 kilos.

Epreuves biologiques. (La malade a été réglée du 20 avril au 1^{er} mai).

5 mai. — Adrénaline : 0 mmgr. 5.

		Avant	15 min.	30	40	50	60
P.		80	80	84	90	80	80
R. O. C.		70			75		
T. A.	M ^x	14	15	16	15 ½		14 ½
	M ⁿ	9 ½	9 ½	10	10 ½		10 ½
	io	3	3	3	4		4
Réflexe solaire	Légère diminution d'amplitude					augmentation d'amplitude	

Modifications subjectives peu marquées : Agitation.

Chaleur légère.

6 mai. — Rétropituine : 2 centimètres cubes.

		Avant	15 min.	30	45	60	90
P.		78	68	64	68	70	78
R. O. C.		70	68			68	70
T. A.	M ^x	14 ½	12 ½	12	12 ½	12 ½	15
	M ⁿ	9 ½	9 ½	9	9	9	9 ½
	io	2	1 ½	1 ½	1 ½	2	6

Réflexe solaire impossible à rechercher.

Modifications générales : Pâleur marquée, impressionnante.

Myosis.

En raison du poids de la malade, de la cessation récente de ses règles, l'épreuve de Goetsch a paru faiblement positive, nous haussons la dose d'adrénaline.

12 Mai. — Adrénaline : 2 mmgr.

	avant	15 min.	30	45	60	75
P.	73	80	88	85	82	78
R. O. C.	72	76	80	80	80	
T. A. M ^x	14	15 1/2	16 1/2	17	15 1/2	14 1/2
M ⁿ	10	10	9 1/2	9 1/2	10	10
i. o.	2	3 1/2	4	5	5	4

Modifications générales :

Pâleur intense.

Sentiment de malaise, faisant un contraste singulier avec l'état d'euphorie et la jovialité coutumière : « Qu'est-ce que vous m'avez fait, je vais me trouver mal ! »

Frissons.

Palpitations.

Etude de la glycosurie :

Glycosurie spontanée	taux	1 gr. 5	par litre.			
	après	3 h.	6 h.	9 h.	12 h.	
» alimentaire	taux	4 gr.	0 gr. 5	traces		
» adrénalinique	»	25 gr.	20 gr.	5 gr.	5 gr.	
0 mmgr. 5	quant.	2 gr.	4 gr.	0 gr. 50	0 gr. 25	
2 mmgr.	taux	75 gr.	5 gr.	5 gr.	traces	
	quantité	37 g. 5	0 gr. 75	1 gr.		
» hypophysaire	taux	37 g. 5	5 gr.	1 gr. 5	traces	
	quantité	5 g. 6	1 gr.	0 gr. 50		

Observation XXIV. — M^{me} Buis..., 49 ans: Périodique maniaque. (4^e internement).

1^{er} 28 ans, 7 mois, psychose puerpérale.

2^e 34 ans, 5 mois,

3^e 43 ans, 5 mois.

A l'asile depuis 1919, dans la section d'agitées.

D'abord, violents accès d'agitation de 2 mois, suivis de phase dépressive de même longueur, donnant à l'accès complet à double forme une durée de 4 mois, mais actuellement se trouve à la ménopause et fait des périodes courtes d'agitation maniaque de 3 semaines, avec une brève rémission intercalaire d'une seule semaine.

Pendant l'accès, malade euphorique, rit, chante, danse, casse des carreaux, s'exhibe et prend des attitudes érotiques.

En calme, conversation agréable, pas d'affaiblissement, travail de couture assidu.

Etat physique.

Excellent état général, sur lequel les accès, par leur brièveté, ne paraissent pas retentir.

Hypertension pendant la crise.

Dysménorrhée, ménorragies abondantes (durée 10 jours).

Troubles vaso-moteurs. Dermographisme.

8 au 15 avril, calme.

15 avril, reprise de l'agitation.

Epreuves biologiques :

18 avril. — Adrénaline : 0 mmgr. 5.

		Avant	15 min.	30	45	60	75
P.		73	84	106	100	108	88
R. O. C.		73	70	77	78	81	80
T. A.	M ^x	16	16	16	17	17	16
	M ⁿ	11 ½	10	10 ½	9 ½	9 ½	10 ½
	io	2	3	2	4	3	2

Modifications générales : Sensation de chaud et de froid.
Tremblement.
Chair de poule.
Sub-agitation.

20 avril. — Rétropituine : 1 centimètre cube.

		Avant	15 min.	30	45	60	
P.		70	68	72	75	72	Pas de réactions Epreuve négative
R. O. C.		66		70		70	
T. A.	M ^x	16	16	15 ½	15 ½	15 ½	
	M ⁿ	10 ½	10 ½	11	11	10 ½	
	io	3	2	2	1 ½	1 ½	

Malade agitée, se lève, bouge fréquemment.
Pas de modifications subjectives.

25 avril. — Adrénaline : 2 mmgr.

		Avant	15 min.	30	45	60	75
P.		90	96	90	96	115	110
T. A.	M ^x	17	17	17	17 ½	18	17
	M ⁿ	12 ½	12	12 ½	12	12 ½	12 ½
	io	2	3	3	3	3	3

Modifications générales : Sensation de chaleur.

Tremblement.

L'épreuve est faiblement positive, à notre étonnement, malgré l'élévation de la dose d'adrénaline, les réactions ne dépassent pas en intensité celles que donnait la dose minimale d'essai.

Nous chercherons l'explication de ce fait dans l'apparition prochaine des règles.

28 avril au 7 mai : règles.

Nous avons alors l'idée de refaire l'épreuve après cette période menstruelle.

15 mai. — Adrénaline : 1 mmgr.

		Avant	15 min.	30	40	45	60
P.		78	81	85	95	80	82
T. A.	M ^x	14	16 ½	18	19	17	16 ½
	M ⁿ	10 ½	10	9 ½	9 ½	10 ½	10
	io	3	5	5	5	3	3

Réflexe solaire : nul et non influencé.

Modifications générales cette fois très nettes :

Tremblement marqué.	}	A la fois très rapides dans leur apparition et brèves.
Pâleur vive.		
Sensation de froid.		
Malaise général dont la malade se plaint vivement.		

La proximité de la menstruation influe donc certainement la valeur des réactions.

16 mai. — Nous pratiquons une injection d'extrait thyroïdien Carrion : 4 centimètres cubes = 0,20 de poudre de corps thyroïde.

L'examen pendant l'heure suivante ne révèle pas de modification appréciable de la subjectivité, du pouls, ou de la tension.

L'extrait thyroïdien est inactif chez elle, il n'a pas provoqué de glycosurie spontanée.

17 mai. Nous refaisons l'épreuve de l'hypophyse avec adjonction d'extrait thyroïdien.

Rétropituine : 2 cc. + Extrait thyroïdien : 4 cc.

		Avant	15 min.	20	30	45	60	75
P.		70	68	65	65	60	60	64
T. A.	M ^x	14	14	13	13	13	12	13
	M ^u	10	9	9	9	10	10	10
	io	2	2	2	1 ½	1 ½	1 ½	1 ½

Modifications générales :

Pâleur du visage, vaso-constriction tégumentaire.

Coliques intestinales caractéristiques.

Douleur utérine.

L'extrait thyroïdien semble donc favoriser l'action de la Rétropituine, et se comporter pour elle comme un agent catalytique.

Il y a eu hypotension et ralentissement nets du pouls, peu intenses, il est vrai.

Etude de la glycosurie.

Glycosurie spontanée : 0.

			après 3 h.	6 h.	9 h.	12 h.
»	alimentaire		0 gr.	traces	0 gr.	0 gr.
»	adrénalinique					
	0 mmgr. 5	$\left. \begin{array}{c} 150 \text{ gr.} \\ + \end{array} \right\} \text{glycose}$	taux 6 gr.	12 gr. 5	traces	2 gr. 5
	2 mmgr.		80 gr.	5 gr.	3 gr.	
	1 mmgr.		perdu 10 gr.	2 gr.	5 gr.	
»	hypophysaire		15 gr.	2 gr.	1 gr.	
»	hypophysaire + ex-					
	trait thyroïdien sans					
	ingestion de glycose.		2 gr. 5	2 gr.	5 gr.	2 gr.
»	extrait thyroïdien seul		0 gr.	0 gr.	0 gr.	0 gr.

Observation XXV. — M^{te} Lag..., 21 ans : Accès maniaque.

Excitation intense, incohérente, avec chants, déclamations, fuite d'idées, troubles de l'humeur, puis transformation en manie improductive, persistance de l'agitation motrice, et de l'état euphorique avec demi-mutisme.

Bon état physique ordinaire.

Cet accès coïncide avec une époque menstruelle. Les règles font ensuite défaut pendant 7 mois.

5 mois après le début de l'accès.

Tachycardie 96/100.

R. O. C. 80

Hypotension, tension imprenable au poignet, M^x 14 au bras.

Glycosurie spontanée : 2gr.

Mⁿ 8

Amaigrissement sensible.

10 avril. — Epreuve de Goetsch : Adrénaline, 0 mmgr. 5 + Glycose, 150 gr.

		Avant	30 min.	45	90	120
P.		92	112	118	123	95
R. O. C.		80		66	70	
T. A.	M ^x	14		16		
au bras	M ⁿ	8		9		
	io	4		5		

Modifications générales : Pâleur rapide et persistante.

Tremblement généralisé, secouant la malade de la 30^e à la 60^e minute.

Malaise.

Moiteur peau. Sudation.

L'urine n'a pu être recueillie.

L'agitation de la malade rend impossible la poursuite de l'expérimentation.

Observation XXVI. — M^{me} Lef..., 29 ans : Accès maniaque. (1^{er} accès).

Post-puerpérale, les troubles mentaux ont apparu huit jours avant l'accouchement, précédés de modifications du psychisme pendant la grossesse,

Excitation, avec fuite des idées, illusions de fausse reconnaissance, mobilité de l'humeur, alternatives de pleurs. Manie dépressive.

Mère de la malade internée à la ménopause.

Etat physique :

Amaigrissement, mauvais état général. Poids 39 kilos.

Traces d'albumine.

Signe de Maranon.

Hyperesthésie de la région thyroïdienne.

Microsphygmie, P. = 56

R. O. C. 56 — 48 = 8

Hypotension, prise au poignet, impossible, 13 — 9 au bras.

Mydriase.

Système nerveux normal.

Epreuves biologiques : malade très indocile.

12 avril. — Adrénaline : 0 mmgr. 5.

		Avant	15 min.	45	90	180
P.		60	72	88	100	64
R. O. C.		48		60	72	
T. A.	M ^x	13		14		
	M ⁿ	7		7		
	io	4		6		

Modifications générales : Mydriase.

Chair de poule.

Agitation.

Tremblement.

Le recueil des urines de façon suivie a été impossible.

25 avril. — Rétropituine : 1 centimètre cube + glycose : 150 gr.

		Avant	15 min.	30	60	Glycosurie spontanée : 0.	
P.		66	72	60	72	» hypophysaire.	
T. A.	M ^x	11 ½	12	11		après	3 h. 6 h.
	M ⁿ	7 ½	8	7 ½			8 gr. 4 gr.
	io	3		2			

La malade est très agitée pendant l'épreuve, l'immobilité ne peut être obtenue. L'examen entraîne une véritable lutte et perd ainsi tout intérêt en faussant les résultats.

Observation XXVII. — M^{lle} Fil..., 59 ans : Accès maniaque

Premier accès. De juillet à octobre 1921, malade devient triste, abandonne son ouvrage et ne mange plus.

Début de l'excitation en octobre et internement.

Turbulente, bavardages intarissables, euphorie.

Etat physique : Amaigrissement marqué. Poids, 34 kilos.

Pouls instable, varie entre 75 et 90.

R. O. C. nul.

Signe de Maranon.

Eclat oculaire.

Légère hypertrophie thyroïdienne

Epreuves biologiques :

13 avril. — Adrénaline : 0mmgr. 5.

Tachycardie : au-dessus de 37 pulsations.

Exagération tardive de la maxima et de la minima : 2 cm.

Augmentation d'amplitude des oscillations.

La malade est très délirante, mais reste tout à fait calme.

Elle est très pâle.

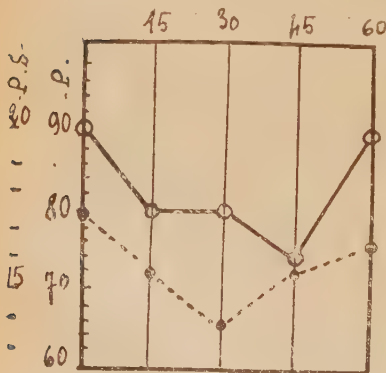
Accuse une sensation de chaleur, ses léguments sont en effet beaucoup plus chauds au contact.

Mydriase légère.

Glycosurie faible : 5 gr.

16 avril. — Rétropituine : 1 centimètre cube.

Recueil des urines impossible : perte volontaire par la malade.



GRAPHIQUE IV

R. O. C. nul au début de l'épreuve, varie légèrement au sens V.

Les modifications subjectives sont très nettes :

Pâleur, sensation de froid, vaso-constriction.

Coliques soudaines à la 45^e minute, insurmontables, avec évacuation de selle diarrhéique.

Une nouvelle selle une heure après.

La malade, fatiguée, nous accuse de l'avoir empoisonnée.

Observation XXVIII. — M^{me} Dum..., 52 ans : Périodique à double forme.

5^e internement, 1^{er} séjour, 28 ans (6 mois) : manie

2^e — 32 ans (3 mois) id.

3^e — 35 ans (7 mois) id.

post-puerpérale

4^e — 38 ans (18 mois) id.

Depuis 1908, l'état mental est pour ainsi dire fixé, la malade n'a pu faire que de courts séjours au dehors de l'asile, et c'est un simple congé un peu prolongé qui la sépare de son cinquième internement en 1911.

Depuis 14 ans, M^{me} Dum... a des accès périodiques de 1 mois 1/2 de durée se répétant 2 à 3 fois par an. Exceptionnellement la rémission dépasse 3 mois.

Chaque accès évolue suivant un type identique :

Phase mélancolique de 8 jours, phase maniaque 37 jours.

Dans l'intervalle lucide, la malade, très avenante, travaille régulièrement.

Débilité mentale. Sentiments affectifs très développés.

Examen physique :

Ménopause depuis 2 ans, à 50 ans.

Bouffées de chaleur, transpiration, thermophobie.

Pas de goitre.

Pas d'exophtalmie.

Tremblement menu des doigts accru par l'émotivité, l'agitation.

Pigmentation de la paupière supérieure.

Hypertrichose sourcillière. Poils au menton, aux lèvres.

Diarrhée séreuse par crise post-prandiales.

Palpitations, crises d'angoisse.

Bronchite chronique et crises d'asthme.

Pupilles régulières, normales.

Système nerveux normal.

Pendant l'accès :

Tachycardie avec instabilité du pouls 92/100.

R. O. C. V. 92 — 84 = — 8

Hypertension 15 — 9

Glycosurie spontanée, environ 3 gr. par litre.

Amaigrissement à chaque accès.

En calme, le pouls revient à 70.

la tension s'abaisse, la malade devient hypotendue

12 — 8 et au-dessous

la glycosurie fait défaut

les poussées d'asthme apparaissent.

Après un accès, du 6 février au 21 mars :

Epreuves biologiques : **Malade en rémission.**

10 Avril. Adrénaline : 0 mmgr. 5.

La malade réagit fortement. Tachycardie au-dessus de 31 pulsations.

Les phénomènes subjectifs sont très nets :

Palpitations douloureuses,

Angoisse,

{Malaise, nausées.

Chaleur subjective,

Transpiration,

Moiteur des téguments.

15 Avril. Adrénaline : 2 mmgr.

Augmentation parallèle des variations.

Tachycardie au-dessus de 66 pulsations.

Hypertension au-dessus de 2 cm.

Augmentation de M^n et de i.o.

Modifications générales :

Tremblement spontané

Pâleur du visage

Palpitations

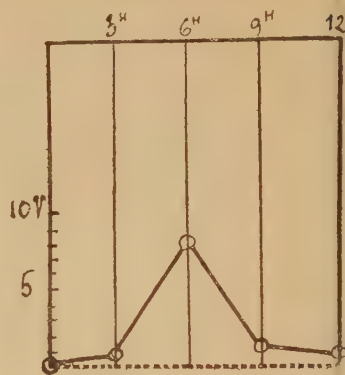
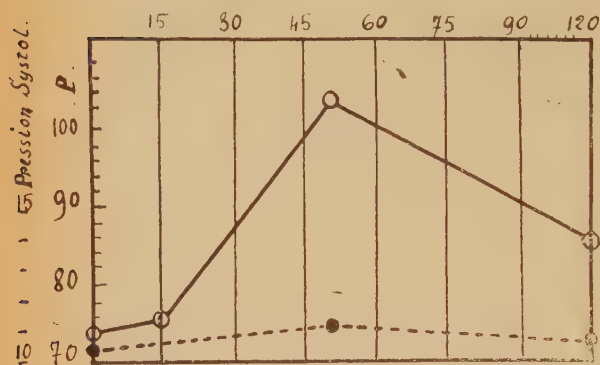
Sensation de chaleur.

M^{me} Dum... — En rémission, 20 jours après l'accès.

Adrénaline : 0 mmgr. 5 + Glucose : 150 gr.

Nombre de minutes depuis l'injection

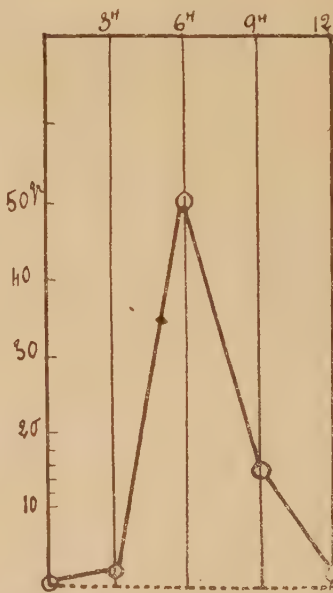
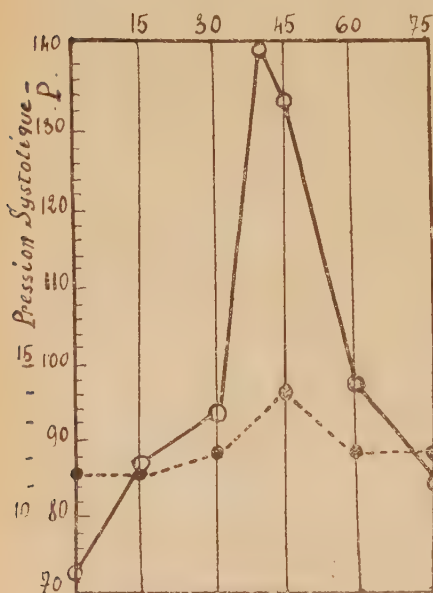
Nombre d'heures



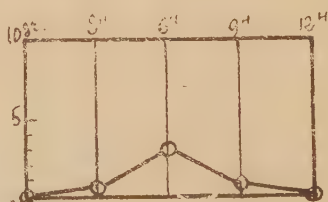
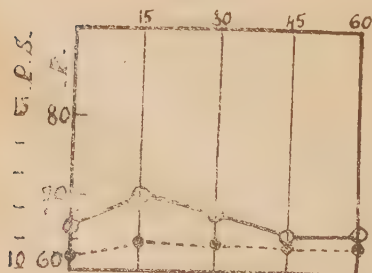
— Pouls
--- Pression systolique

--- Glycosurie alimentaire
— Glycosurie adrénalinique

Adrénaline : 2 mmgr. + Glucose : 150 gr.



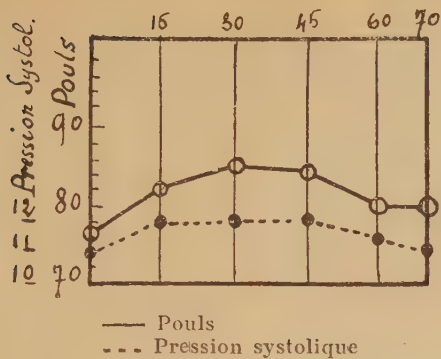
Rétropituite : 1 c.c. + Glucose : 150 gr.



GRAPHIQUE V

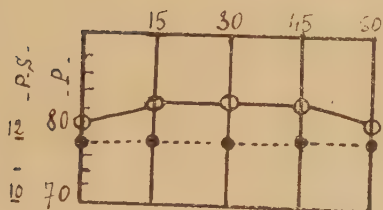
M^{me} Dum... — En rémission, 2 mois après l'accès.

Adrénaline : 0 mmgr. 5 + Glycose : 150 gr.



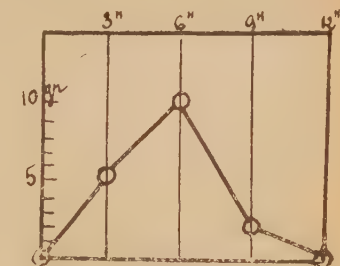
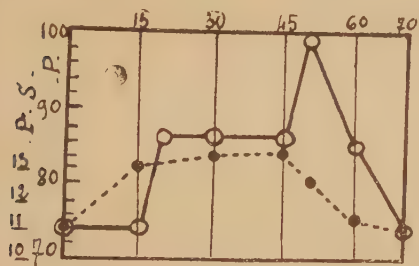
A la 9^e heure, élimination de 4 gr. de glycose.

Extrait thyroïdien : 4 c.c.



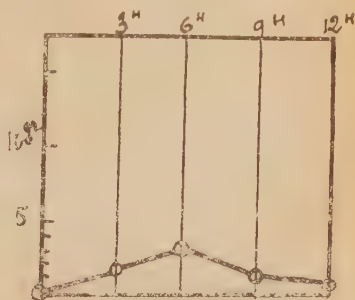
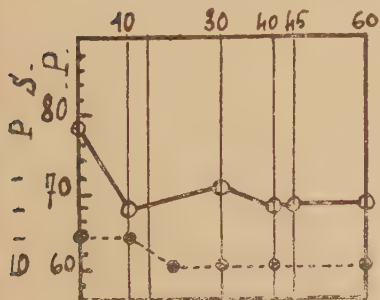
Pas de glycosurie

Adrénaline: 0 mmgr. 5 + Extrait thyroïdien: 4 c.c. + Glycose: 150 gr.



Taux l'élimination du glucose en grammes par litre.

Rétropituine : 1 c.c. + Extrait thyroïdien : 4 c.c.



GRAPHIQUE VI

19 Avril. — Rétropiluine : 1 centimètre cube.

Epreuve complètement négative.

Accélération du pouls minime et Hypertension légère.

Pas de modifications générales.

Etude de l'élimination de glucose.

Glycosurie spontanée : 0.

» alimentaire : 0.

» adrénalinique

0 mmgr. 5 élévation du taux d'élimination à 8 gr.

2 mmgr. suivant un rythme parallèle 50 gr.

» hypophysaire faible.

Pas de polyurie provoquée par les épreuves.

Etude de la Pilocarpine et de l'Atropine.

20 Avril. — Pilocarpine : 10 mmgr.

Les mesures successives du pouls, tension, R. O. C. pendant deux heures ne révèlent aucun changement de ces facteurs.

Le visage est un peu coloré, quelques mouvements de salivation insignifiants.

Transpiration signalée la nuit suivante.

21 Avril. — Atropine : 0 mmgr. 5.

Pas de variations du P., R. O. C., T. A.

Pourtant, la malade est asthmatique.

Pas de modifications générales.

Le mois suivant, la rémission persiste, l'accès s'est éloigné de 60 jours, nous effectuons à nouveau les épreuves :

15 Mai. — Adrénaline : 0 mmgr. 5.

Les réponses ont changé, l'épreuve évolue vers le sens négatif. Taichycardie inférieure à 10 pulsations, pas de retentissement général, glycosurie insignifiante.

Nous essayons l'extrait thyroïdien.

16 Mai. — Extrait thyroïdien : 4 centimètres cubes.

Il ne détermine pas de réaction chez la malade.

17 Mai. — Injection du mélange Adréaline 0 mmgr. 5 + extrait thyroïdien : 4 centimètres cubes.

L'épreuve redevient nettement positive.

Tous les éléments sont influencés dans le sens positif.

Elévation de la minima de 2 centimètres.

Augmentation de i. o. de 2 à 6 divisions.

Réapparition de la glycosurie.

Dès le début, pâleur intense, tremblement involontaire.

Il manquait à l'organisme la sensibilatrice humorale : elle lui a été fournie de nouveau par l'extrait thyroïdien.

Chez cette malade qui n'a pas réagi à l'hypophyse dans le sens des Basedowiens, nous décidons d'injecter l'extrait hypophysaire, associé à l'extrait thyroïdien.

18 Mai. — Rétropituite : 1 centimètre cube + extrait thyroïdien : 4 centimètres cubes.

L'injection détermine :

Une Bradycardie de 10 pulsations.

Une Hypotension faible de M^x .

Une diminution de i. o.

De la glycosurie spontanée sans ingestion de glycose, de 3 gr. par litre.

Dans le domaine général : Pâleur marquée, contractions de l'intestin.

Le test hypophysaire complètement négatif évolue vers le sens positif par l'adjonction d'extrait thyroïdien.

CHAPITRE III

RÉSULTATS DES TESTS

Les réponses aux tests biologiques sont à comparer chez le sujet en état d'équilibre endocrinien normal et chez les périodiques.

SUJET NORMAL.

L'adrénaline Clin, à la dose de 0 mmgr. 5 ne détermine pas d'accélération du pouls supérieure à 10 pulsations. Ne modifie pas la tension artérielle, ni le R. O. C.

La Rétropituine Carrion à la dose de 1 centimètre cube provoque une accélération minime et peu durable du pouls.

C'est un hypotenseur faible. Cette action hypotensive chez l'homme en injection intramusculaire doit être notée. Elle vient à l'encontre de l'opinion courante sur la valeur hypertensive de l'hypophyse, et confirme pour la Rétropituine, les résultats obtenus à l'étranger par Houssay, et en France, par MM. Claude et Porak, avec l'extrait hypophysaire Choay.

Chez l'animal : lapin, chien, l'injection intraveineuse de Rétropituine est hypertensive ainsi que M. Hallion a bien voulu nous en assurer.

Glycosuries provoquées. — Chez le sujet en état d'insuffisance hépatique, présentant de la glycosurie alimentaire positive après ingestion de 150 gr. de glycose, l'adrénaline élève le taux d'élimination du sucre (chez notre témoin inférieur à 10 gr.), mais la rétropituine n'augmente pas le taux d'élimination.

La glycosurie adrénalinique est donc dans une certaine mesure indépendante des autres variations que peut provoquer l'adrénaline, et, dans son travail sur l'épreuve de Goetsch, Bloch cite, sur 22 épreuves négatives, quatre fois une glycosurie adrénalinique importante..

Dans les Psychoses maniaque-dépressives.

EN PERIODE DE CRISE.

L'adrénaline : à la dose de 0 mmgr. 5 est toujours au-dessus du seuil de réaction. Elle provoque :

Une tachycardie au-dessus de 20 pulsations par minute.

Une élévation fugace de tension-maxima de 1 à 3 cm. de Hg.

Des modifications générales : pâleur, tremblement : constants, auxquels s'ajoutent des sensations de froid ou de chaleur, de malaise, de la transpiration, de façon variable et d'intensité différente.

A la dose de 1 mmgr. 5, ou 2 mmgr. suivant le poids, les modifications déterminées par l'injection faible d'essai sont toujours reproduites et suivent des variations parallèles très exagérées.

Pouls. Le début de l'accélération ne se fait pas suivant un mode constant, on le voit précoce avant 15 minutes, ou retardé après la 30^{me} ; le maximum est généralement atteint vers la 45^{me} minute ; le retour au chiffre initial est beaucoup plus lent que l'ascension et demande plus d'une heure. Nous signalons un rythme spécial : parfois, la tachycardie d'abord modérée subit une augmentation brutale, soudaine, considérable, suivie d'une chute brusque et redescend par paliers après ce crochet caractéristique.

Le nombre des pulsations supplémentaires par minute peut évaluer 30 à 50.

Tension : Hypertension de M^x entre 2 et 5 centimètres de Hg. Le signe dit de Goetsch, élévation immédiate de la tension après la piqure, n'a pas été rencontré fréquemment. D'ordinaire, l'ascension et la descente de la courbe de tension se font de façon progressive.

Il y a généralement pour la pression minima élévation simultanée, précédée assez souvent d'une légère baisse primitive.

L'augmentation d'amplitude des oscillations est constante, et atteint une valeur double de celle du départ.

R. O. C. : L'adrénaline amène l'exagération de la réponse à la compression oculaire, à mesure que la tachycardie s'élève, mais, d'une façon absolue, cette exagération se produit dans le sens primitif.

Réflexe solaire : Recherché chez plusieurs malades, nous avons vu dans deux cas l'augmentation d'amplitude des oscillations par la compression épigastrique à la suite de l'injection adrénalinique.

Modifications générales :

Leur expression est individuelle, à part la pâleur et le tremblement.

Des désordres subjectifs intenses, par l'élévation de la dose d'adrénaline sont très intéressants à contrôler et donnent lieu chez les délirants à des interprétations amusantes.

Dans un cas, nous avons eu des phénomènes vraiment inquiétants.

Les malades se plaignent de palpitations, d'angoisse qu'ils ne peuvent expliquer, d'un véritable malaise, d'éprouver des sensations de chaud et de froid alternantes. Les téguments présentent l'aspect de chair de poule.

Deux fois, une réaction hyperthermique s'est montrée évidente.

La mydriase a été rare.

L'injection déclenche parfois une crise d'agitation imprévue. On rencontre chez les périodiques une véritable susceptibilité à l'adrénaline, avec réactions constantes positives.

La Rétropituine à la dose de 1 centimètre cube, a donné fréquemment 8/10 malades une réponse analogue à celle que les extraits hypophysaires provoquent chez les hyperthyroïdiens.

Elle se caractérise par :

Ralentissement du pouls égal ou supérieur à 10 pulsations par minute. Cette bradycardie est brusque et débute précocement dans les dix premières minutes après l'injection, elle est au maximum après trente minutes et se trouve suivie de retour progressif au chiffre antérieur, généralement en moins d'une heure. Elle est donc brève.

Chute de la tension Systolique de 2 centimètres de Hg.

Hypotension également précoce, mais plus durable et qui persiste souvent plus de 60 minutes.

La minima est souvent abaissée simultanément.

Diminution constante de l'indice oscillométrique.

Le *R. O. C.* est peu influencé par l'hypophyse.

Le *réflexe solaire* dans un cas, négatif avant l'épreuve, est devenu positif à la suite de l'injection hypophysaire.

L'épreuve fut négative chez une maniaque périodique, Obs. XXIV, et chez une maniaque en état d'agitation, Obs. XXVI, l'indocilité absolue de la malade a faussé le résultat.

Modifications urinaires provoquées par les Tests :

Polyurie : nous ne l'avons pas constatée à la suite des injections d'adrénaline et de rétropituine.

Glycosurie :

Adrénalinique, après ingestion de 150 gr. de glycose. Le seuil d'excrétion du glycose est toujours relevé par l'adrénaline. Le taux

d'élimination du glycose à la miction est souvent énorme, il augmente avec l'élévation de la dose d'adrénaline injectée. La glycosurie redescend après la sixième heure, et disparaît généralement après douze heures.

Chez la plupart des malades, l'épreuve de la glycosurie alimentaire était positive, mais faible.

Nous avons retrouvé dans Kröpelin, Psychiatrie, 1913, l'indication de cette même fréquence de la glycosurie alimentaire.

Nous avons signalé plus haut la glycosurie spontanée pendant les accès. Chez une seule malade, à qui nous n'avions pas fait prendre de glycose avant l'injection d'adrénaline, la glycosurie a été très augmentée par l'injection, Obs. VII.

Hypophysaire : La rétropituine a constamment relevé le taux d'élimination du glycose. Le chiffre reste inférieur à la glycosurie provoquée par l'adrénaline, mais nous attachons beaucoup plus d'importance à la glycosurie hypophysaire, qui doit avoir la valeur d'un signe de spécificité endocrinienne.

Pilocarpine : 10 mmgr.

Atropine : 0 mmgr. 5.

Chez quatre malades, les injections de pilocarpine, 10 mmgr., d'atropine, 0 mmgr. 5, n'ont pas produit de modifications appréciables.

Le seuil pour ces substances apparaît donc assez élevé dans la psychose maniaque dépressive.

VARIABILITE DANS L'INTENSITE DES REACTIONS PENDANT LA CRISE.

Nous avons constaté une diminution de l'intensité de la réaction à l'adrénaline pendant la période cataméniale.

Nous englobons sous ce terme, toute la période pré et post-menstruelle depuis cinq jours avant l'apparition jusqu'à cinq jours après la disparition des règles.

Cette modification peut légitimer des suggestions intéressantes.

CHEZ LES PERIODIQUES EN REMISSION.

A mesure que l'accès s'éloigne le sens des réactions de la crise s'inverse et les réponses aux tests deviennent négatives.

Le périodique se comporte alors peu à peu comme le sujet normal. Chez une malade, la variation négative à l'adrénaline s'est développée progressivement. Chez deux autres, son apparition fût rapide après le retour au calme.

Le test hypophysaire devient, croyons-nous, plus vite négatif que l'épinéphrin test. Ce fait ajoute à sa valeur sémiologique.

CHAPITRE V

VALEUR DES TESTS

Il importe d'établir la signification de ces épreuves biologiques.

Les manifestations, étudiées à la suite des injections d'adrénalines et d'hypophyse chez les périodiques, indiquent chez ces malades un état spécial du système neuro-végétatif.

En effet, les modifications provoquées se passent dans le domaine du sympathique. Tant les réactions cardio-vasculaires que les variations subjectives, tous les phénomènes enregistrés représentent des réponses organo-végétatives à des sollicitations expérimentales.

La similitude des expressions obtenues permet d'affirmer dans les psychoses périodiques un état particulier de la neurotonie.

Nous avons cherché à définir le sens de cette neurotonie.

Nous nous sommes servis, dans ce but, de substances pharmacodynamiques : l'atropine et la pilocarpine, réactifs spécifiques du système sympathique. L'exploration du système par la pilocarpine et l'atropine est restée totalement négative, et cette pauvreté de réponses à des excitants usuels, employés aux doses courantes, forme un contraste remarquable avec la richesse, la vivacité, l'intensité des réactions à l'épinéphrin et à la Rétropituine injectées à doses minima.

Il y a là une véritable dissociation.

L'analyse des réactions montre chez le périodique un antagonisme effectif entre l'adrénaline et l'hypophyse. Ces substances agissent en sens inverse l'une de l'autre, comme des excitants des appareils opposés du système organo-végétatif.

On représentera ce dernier comme un appareil central à deux tendances différentes : A accélératrice,

M modératrice

soit la figure du levier sollicité par une force à chacune de ses extrémités. L'égalité des deux forces crée l'équilibre, le tonus indifférent.

La prévalence de l'une développe un état de tonus dans un sens ou dans l'autre : le sens A donnera le tonus S dit sympathique ; le sens M : le tonus V, vagotonique.

Le nitrite d'amyle est un excitant de sens A, déterminant un tonus sympathique S.

La pilocarpine est un excitant de sens M créant un tonus vagotonique V.

De même, l'adrénaline et l'hypophyse se montrent des excitants contraires très nets, de sens A et de sens M, chez le périodique.

Et, nous avons eu l'idée de pratiquer chez une de nos malades (n° XIII bis) l'injection du mélange adrénaline-hypophyse. La malade était très sensible à l'injection séparée. Ces substances, toutes deux vaso-constrictives, injectées ensemble ont donné une pâleur très vive et fugace pendant les dix premières minutes consécutives ; elles n'ont pas influencé la tension artérielle, le pouls a subi une ascension insignifiante.

Cette expérience : réaction nulle par injection associée, fait la preuve de l'antagonisme de l'adrénaline et de l'hypophyse.

Mais, si nous les injectons à un sujet normal, aux doses respectives de $\frac{1}{2}$ mmgr. Adrénaline, 1 cc. Rétropituine, elles sont incapables d'influencer le tonus neuro-végétatif, elles restent sans effet appréciable : aucune réaction de rupture d'équilibre n'intervient.

Il faut une imprégnation spéciale du système organo-végétatif : c'est la sécrétion thyroïdienne qui la réalise.

De l'avis général, la réaction à l'adrénaline est considérée comme la signification d'une hypersensibilité du sympathique.

Wearn, Tompkins, Lueders, Cannon, Lian s'en tiennent là.

MM. Claude, Smith font apparaître la réaction par l'hyperthyroïdation expérimentale et lui donnent ainsi une valeur formelle de signe d'hyperthyroïdie. De même, Bloch, par l'injection de mélange thyroadrénalinique réussit à rappeler la réaction primitivement positive devenue négative. Il écrit : « quand un individu réagit à l'adrénaline seule, tout se passe comme s'il avait reçu au préalable une injection d'extrait thyroïdien »,

Le test de l'extrait hypophysaire a été institué par MM. Claude et Porak : positif toujours dans la maladie de Basedow, il est synonyme d'hyperthyroïdie. Nous savons au contraire que l'extrait hypophysaire n'a pas de réactions bradycardiques dans l'insuffisance thyroïdienne, le pouls reste indifférent ou s'améliore.

C'est une réaction de l'hyperthyroïdie, et, l'argument apporté par M. Laignel-Lavastine de l'identité du résultat chez le lapin à corps thyroïde irradié longuement par les rayons X et le lapin neuf, n'infirme pas la valeur du test pituitaire, puisqu'il ne s'agit pas de lapins hyperthyroïdés.

Il nous a été possible de faire aussi la preuve de la nécessité de substance d'origine thyroïdienne dans l'économie pour la production de la réaction.

Pendant la rémission, chez deux périodiques, le test hypophysaire, l'épinéphrin test sont devenus négatifs (obs. XVIII et XXVIII), nous injectons de l'extrait thyroïdien seul (4 centimètres cubes correspondent à 0,20 de poudre de corps thyroïde), il ne détermine pas de modifications.

Nous injectons alors successivement un mélange :

thyro-adréraliniqué (adrénaline, 0 mmgr. 5 + extr. thyroïdien, 4 cc.)
thyro-hypophysaire (Rétropituine, 1 cc. + extrait thyroïdien, 4 cc.)
et nous obtenons le retour absolument typique de réactions positives.

Lorsque le système organo-végétatif a été sensibilisé par la sécrétion thyroïdienne, celle-ci se comporte à la façon d'un mordant de teinture, elle permet l'action S de l'adrénaline, l'action V de la rétropituine.

Pendant l'accès de psychose périodique, la sensibilisation thyroïdienne permet donc les réactions caractéristiques.

Chez le sujet normal et chez le périodique en rémission, alors que la perméabilité du système organo-végétatif fait défaut, par suite de l'intégrité de la fonction thyroïdienne, il suffit de créer la sensibilisation artificielle, soit par l'hyperthyroïdation thérapeutique expérimentale (Claude), soit par l'injection simultanée d'extrait thyroïdien et d'adrénaline (Bloch), de rétropituine et d'extrait thyroïdien (Fauvel) pour obtenir les réponses S et V à l'adrénaline

Le syndrome mélancolique se caractérise plus souvent par l'hyperthyroïdie, ou, plutôt, nous dirons qu'il s'agit de dyshyperthyroïdie, on pourrait, à la rigueur, rapprocher l'anéantissement intellectuel, l'inertie des états stuporeux, du ralentissement psychique constaté dans le myxœdème, mais, fréquente est l'association de la maladie de Basedow dans la mélancolie, nombreux les cas améliorés par ponction de kyste thyroïdien (Austin et Stammer) ou la thyroïdectomie (Parhon et Stocker), aggravés au contraire par le traitement thyroïdien.

Des faits d'ordre anatomopathologique ou clinique de ce genre ont été rapportés par M. Laignel-Lavastine, dans sa conférence sur les psychoses thyroïdiennes. Nous citerons l'opinion de Parhon : « L'écart de l'optimum quantitatif et qualitatif de la sécrétion thyroïdienne dans le sens de la diminution, comme dans celui de l'augmentation » semble capable de déterminer les syndromes affectifs.

A côté de ces cas aigus où la physiologie révèle le dysfonctionnement thyroïdien, il convient de mettre en opposition *les malades chroniques*. Chez une mélancolique anxieuse fixée dans son évolution, l'épinéphrin test n'a pas décelé la sensibilisation thyroïdienne. Ce fait ne saurait surprendre. Il est possible que le trouble physique originel prenne fin, alors que la maladie mentale persiste pour son compte, comme une maladie infectieuse laisse des séquelles organiques définitives, une lésion rénale reste la marque indélébile, durable, après l'éruption, d'une lointaine néphrite scarlatineuse.

La chronicité sépare, au point de vue endocrinien, les états à intermittence, par la disparition de la sensibilité aux tests biologiques ; elle fait rentrer une partie des états affectifs dans le groupe des démences au sens psychiatrique de ce mot.

La mélancolie chronique, la manie chronique ne sont autre chose que des états démentiels, c'est-à-dire où l'affaiblissement intellectuel est patent. On a le droit d'entrer dans la démence par un délire initial ou un état affectif : la lésion mentale est irrémédiable, le facteur organique ne se retrouve plus.

Cette *différence physiologique fondamentale* entre le malade aigu et chronique se retrouve chez le périodique *entre l'état de crise et celui de rémission*.

La disparition des réactions positives aux tests biologiques après l'accès, met particulièrement en valeur l'influence de la fonction thyroïdienne pendant la crise.

L'exaltation de cette fonction explique les faits cliniques de coexistence d'un accès avec le syndrome basedowien, elle permet surtout de rapporter au trouble thyroïdien dominant la plupart des symptômes organiques de la crise : telle la tachycardie, la glycosurie fréquentes, l'amaigrissement.

L'extrait thyroïdien est le type du médicament d'usure par augmentation du métabolisme basal. La glycosurie thyroïdienne est connue, son explication est variée. La glycosurie maniaco-dépressive semble relever davantage du déséquilibre endocrine que de l'insuffisance hépatique.

Cette hyperthyroïdie symptomatique de l'accès périodique, cède à la guérison, elle indique une modification bien spéciale, temporaire de l'équilibre humoral. La fréquence de cette modification acquiert une importance capitale, témoin du trouble thyroïdien, elle permet d'attribuer au corps thyroïde le rôle de facteur pathogénique de la crise.

L'influence directe du corps thyroïde dans la genèse de troubles mentaux a reçu une première démonstration dans la description de psychoses par intoxication thyroïdienne thérapeutique.

Les troubles signalés dans ces cas ont revêtu la forme confusionnelle.

Au cours de ce travail, nous avons précisément insisté sur les symptômes de confusion chez les intermittents et nous avons étudié comme une entité spéciale la confusion mentale périodique. Cette forme relève-t-elle particulièrement de l'hyperthyroïdie périodique ?

Nous sommes amenés à étudier le déterminisme des accès.

La psychose périodique nous apparaît surtout comme une cérébrotoxie d'origine thyroïde sur un terrain constitutionnel.

Quel est le mécanisme intime du déclenchement de l'accès ? Quelle explication du rythme cyclique qui assume la répétition des récidives à intervalles parfois réguliers ?

Nous nous sommes bornés à recueillir des faits de clinique ou d'expérimentation.

Parfois, l'hypothèse est chose heureuse. Suivant la pensée de Claude Bernard, l'hypothèse engendre l'idée, et l'idée par l'expérience qu'elle fait naître, fournit le contrôle et la vérification de l'hypothèse.

Il faut placer au premier plan chez les périodiques l'importance des modifications humorales.

Elles possèdent un commandement endocrinien : ce sont peut-être les variations des sécrétions internes, dont on sait l'interdépendance qui conditionnent le dysfonctionnement thyroïdien.

De là, les relations particulières des psychoses périodiques avec les étapes de la vie génitale et l'asynergie glandulaire, l'ataxie vasomotrice qui les caractérise, la fréquence de ces psychoses chez la femme.

Nous avons trouvé une variation des réactions biologiques pendant la période cataméniale. Des substances, tel l'arsenic, accumulées dans le corps thyroïde, s'éliminent avec les règles. On sait l'antagonisme de l'ovaire et de la thyroïde.

La diminution des substances thyroïdiennes en circulation par l'écoulement menstruel, peut expliquer la diminution d'intensité des réactions biologiques.

De la part de l'ovaire ou des autres glandes s'en suivent des ruptures fréquentes de l'équilibre endocrinien.

Ces modifications endocriniennes se comporteraient à la façon de chocs.

Choc humoral, choc anaphylactique endogène, produisant le déséquilibre organo-végétatif contemporain de l'accès.

La preuve directe du déterminisme thyroïdien de la psychose périodique serait fournie par la provocation de l'accès au moyen de l'extrait thyroïdien.

A défaut, les faits d'ordre inverse, la guérison par la thérapeutique antithyroïdienne viennent confirmer l'origine pathogénique.

Il faut d'ailleurs se garder d'une généralisation démesurée. D'autres faits sont indispensables pour dire que la psychose périodique soit une thyroïdose.

On ne peut pas affirmer que tous les cas de psychose maniaco-dépressive ressortissent à une origine thyroïdienne.

*
**

La clinique mentale, l'étude physique des accès, la méthode d'expérimentation biologique nous ont permis de montrer la fréquence des perturbations thyroïdiennes dans les états périodiques.

Appliquant à la glande thyroïde la comparaison de Hesnard, nous pouvons dire que souvent la dysfonction thyroïdienne joue le rôle de cette clef toxique qui, tournant dans la serrure constitutionnelle, ouvre la porte à la psychose.

CONCLUSIONS

I. On rencontre assez fréquemment en clinique une association de la psychose périodique avec le syndrome basedowien.

II. Les troubles somatiques de l'accès périodique intense sont caractérisés en une formule moyenne par les symptômes de :

Tachycardie

Hypotension

Réponses exagérées au R. O. C.

Glycosurie

Amaigrissement.

III. La méthode des tests biologiques permet de décèler dans la psychose maniaque dépressive :

— une susceptibilité marquée à l'adrénaline, telle que la dose de $\frac{1}{2}$ mmgr est toujours au-dessus du seuil de réaction.

— une réponse fréquente à l'épreuve du test hypophysaire de M. Claude, dans un sens analogue à celle des hyperthyroïdiens.

IV. L'indifférence du système nerveux organo-végétatif aux doses faibles de pilocarpine et d'atropine, chez les périodiques, doit être signalée.

V. Les modifications provoquées par l'adrénaline et l'hypophyse sont d'ordre neurotonique.

Elles ne se produisent pas chez le sujet normal : elles sont conditionnées par l'imprégnation thyroïdienne, car l'adjonction expérimentale d'extrait thyroïdien permet leur rappel après disparition.

L'adrénaline et l'hypophyse se comportent comme des excitants de sens contraire du système organo-végétatif.

VI. La valeur positive des réactions au cours de la crise fait la ; des perturbations thyroïdiennes dans les psychoses périodiques.

VII. La variation négative en période de rémission établit la relation de la fonction thyroïdienne avec la séméiologie physique et la pathogénie de l'accès.

Vu : le Professeur,
HENRI CLAUDE.

Vu : le Doyen,
HENRI ROGER.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
PAUL APPEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PHYSIOLOGIE

- ACHARD et Léon BINET. — Les réflexes provoqués par la compression oculaire : Soc. Bio. 23 Février 1918.
- BARKER et SLADEN. — Modifications du Système nerveux automatique, Trans. of the assoc. of anc. phys. 1912, XXVII.
- BAUDOUIN. — Pression artérielle chez les aliénés. Annales médico-psych. 1920-1921.
- BLOCH. — Epreuve de Goëtsch. Thèse, Paris 1921.
- BRUCE. — Déviation du complément dans la psychose maniaque dépressive. (Rev. neur. 1916 p. 225.)
- CANNES. — Revue annuelle de neurologie (Paris Médical, 1^{er} octobre 1921).
- CANNON. — Amer. journ. physiol. Baltimore, Juillet 1916.
- CLAUDE et BAUDOIN. — C. R. Soc. de Biologie 1^{er} Juin 1912.
- CLAUDE et BAUDOIN. — Glycosurie hypophysaire chez l'homme.
- CLAUDE et BAUDOIN. — Soc. de Biologie, 7 juin 1912, 30 Nov. 1912.
- CLAUDE et BAUDOIN. — Glycosurie hypophysaire et glycosurie adrénalinique.
- CLAUDE et BAUDOIN. — Soc. de Biologie, 21 Décembre 1912.
- CLAUDE et BAUDOIN. — Effets de quelques extraits hypophysaires. Acad. de Médecine 20 Décembre 1914.
- CLAUDE, BAUDOIN et PORAK. — Société de Biologie, 8 Mars 1913.
- CLAUDE, BAUDOIN et PORAK. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 14 Juin 1914.
- CLAUDE et Mlle BERNARD. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 19 Décembre 1919.
- CLAUDE, Mlle BERNARD et PIEDELIEVRE. — Contribution à l'étude des troubles de l'équilibre endocrinien. Méthode des tests biologiques. (Paris Médical, 11 sept. 1920, n° 37).
- CLAUDE. — Constatations biologiques dans la maladie de Basedow, Journ. Médic. français, Juillet 1920, n° 7.
- CLAUDE et PIEDELIEVRE. — Sympathique et glandes endocrines (Journ. méd. français, Juin 1921).
- CLUZET et PÉTZETAKIS. — Etude expérimentale du R. O. C., C. R. Soc. Biol. 1914.
- DAGNIGNI. — R. O. C. Bollet delle Scienze méd. Bologna, 17 giugno 1908.
- DROUET. — Etude de l'adrénaline et de l'hypophyse dans les syndromes Basedowiens. Thèse, Nancy 1920.
- DU BOIS. — Le métabolisme dans le goitre exophtalmique. Arch. of. intern. méd. 15 Sept. 1919.
- EPPINGER, FALTA et RUDINGER. — Zeitschrift. f. Klis. Méd. 1908.
- EPPINGER et HESS. — Pathologie du système nerveux végétatif. Zeitschrift. f. Klin. Méd. 1909.
- EUZIERE et MARGAROT. — R. O. C. dans les états anxieux (gaz des Hôp. 1919).
- EUZIERE et MARGAROT. — Réactions du système nerveux viscéral dans les états anxieux (Encéphale 1920).

- FALCIOLA. — Pression sanguine dans la psychose maniaque dépressive. (Encéphale 1912).
- FREDERICQ. — Le réflexe oculo-cardiaque (Arch. méd. belges janvier 1918).
- GARNIER et BLOCH. — Ep. de Gæstch. Soc. méd. Hôp. 15 Juillet 1921.
- GARNIER. — Relations de la Thyroïde avec les autres glandes à sécrétion interne. (Journ. Méd. français Nov. 1921).
- GARNIER et SCHULMANN. — Action de l'extrait thyroïdien sur la glycosurie adrénalinique. (Soc. de Biol. 1914).
- GAUTRELET. — Les systèmes nerveux sympathique et autonome de la vie végétative. (Gaz des Hôpit. 1911).
- GLEYS. — Les relations actuelles entre la physiologie et la pathologie de la glande thyroïde.
- GLEYS. — Quatre conférences sur les sécrétions internes.
- GLEYS et QUINQUAUD. — Fonctions des surrénales. Rôle de l'adrénaline.
- GEËTSCH. — Adrenaline hypersensitiveness in clinical states of hyperthyroidism (New-York state medical Journal 1918).
- GUILLAUMONT. — Le ROC dans le syndrome de Basedow. (Thèse Paris 1914).
- HOUSAY. — Les accion fisiologica de los extractos hipofisiarios, (Buenos-Ayres 1918).
- KEPINOFF et LANZENBERG. — C. T et anaphylaxie, (Soc. biol., Mai 1922).
- KLIPPEL et LEFAS. — Les altérations cytologiques du sang dans les maladies mentales. (Encéphale 1906).
- LEVY. — Am. Journ. physiol. Baltimore 1916.
- LEVI (Léopold). — Troubles vasomoteurs, vasosécrétoires et trophiques et glandes endocrines. (Journal des Praticiens Août 1910).
- LEVI. — Communication à Soc. biol., Mai 1922.
- LEVI et ROTHSCHILD. — Des syndromes psychonerveux thyroïdiens. (Congrès de Dijon 1908).
- Maladie de Basedow, nervosisme hyperthyroïdie (Soc. Biol. 1909).
- Hyperthyroïdie compensatrice et réactionnelle. (Soc. Biol. 1909).
- Endocrinologie 1911.
- Physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse 1918.
- LIAN. — Le signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne. (Soc. méd. hôpit. 15 Nov. 1918).
- LIAN et JOANNON. — Journ. Méd. français « Le Sympathique », 1921.
- LIAN et PERISSON. — Journ. Méd. français « Le Sympathique », 1921.
- LUEDERS. — Arch. of. internat. méd. n° 4, 15 Octobre 1919.
- MARANON. — Un symptôme très constant de l'hyperthyroïdisme, (Revue esp. de méd. y cir., Barcelona 1919).
- MARANON. — La réaction émotive à l'adrénaline. (Medica Ibera 1920).
- MOUGEOT. — Le R. O. C. (Journ. Méd. franç., Avril 1921).
- NAUDASCHER et MARTIMOR. — Pression artérielle dans les états anxieux. (Annales médico-psychol. 1921).
- PARHON et URECBIE. — Formules leucocytaires dans la manie et la mélancolie. (Congrès de Bruxelles 1910).
- PENDE. — Endocrinologia 1921.
- PORAK. — Thèse, Paris 1914.
- PORAK. — Action cardio-vasculaire de l'adrénaline chez l'homme. (Journ. de physiol. et path. gén. 1920).
- PORAK. — Les extraits hypophysaires hypotenseurs. (Gaz. des Hôp. 17 Sept. 1921).
- PARISOT et CAUSSADE. — Glycosuries dans les affections de la glande thyroïde. (Journ. Méd. français 1920 n° 7).
- ROGER. — Fonctions des capsules surrénales. (Presse Méd. n° 65 1917).
- SANTENOISE. — De l'anaphylaxie et du déséquilibre du système nerveux organo-végétatif dans la folie intermittente. Thèse Paris 1922.

- SANTENOISE. — Crise hémoclasiques chez les maniaques et les mélancoliques. (Soc. de psychiatrie, 20 octobre 1921).
- SANTENOISE et TINEL. — Journal Médical-français 1922, n° 4.
- SAVENI. — Thyroïde et Anaphylaxie. (Soc. biol., 1^{er} mai 1915).
- SCHAFER EDWARD. — Physiologie et physiopathologie des glandes endocrines. (Lib. O. Doin 1920).
- SAINTON, SCHULMANN et BEZANÇON. — Glycémie chez les Basedowiens. (Presse médicale n° 74 1921).
- SMITH. — Journ. amer. med. Ass. 10 Avril 1920.
- TAMBERT. — Indicaturie périodique dans la folie maniaque dépressive. (Encéphale 1909).
- TOMKINS, STURGIS, WEARN. — Effects of the injection of Epinéphrin in Soldiers with irritable Heart, in Hyperthyroidism, and in normal men. (Arch. of internat. méd., 15 Septembre 1919).
- VIEL. — La nutrition dans les états mélancoliques. Thèse Paris 1906.
- WOODBURG. — Journ. amér. méd. Ass. 10 Avril 1920.

NOSOLOGIE

- ALQUIER. — Trente cas de basedowisme fruste ou névrose vasomotrice (Revue neurologique, Juin 1913 et Mars 1914).
- ANTHEAUME. — Psychoses périodiques. (Encéphale 1907).
- ARSMIDES et LEGRAND. — Troubles mentaux et maladie de Basedow. (Annales médico-psychol. 1914, p. 154).
- AUSTIN. — Thèse 1896. Lyon.
- BAILLARGER. — Folie à double forme. (Ann. médico-psychol. 1854).
- BAILLET. — Les formes mixtes de la psychose périodique. Congrès Nantes 1909.
- BEVILLE. — La mélancolie thyroovarienne. Thèse Paris 1922.
- BRISSOT. — Mélancolie anxieuse et syndrome de Basedow à la ménopause. (Ann. médico-psychol. 25 Juillet 1921).
- BRUANT. — De la mélancolie survenant à la ménopause. Thèse 1888.
- CAMUS Paul. — Cénestopathies et psychose maniaque dépressive. (Encéphale 1913).
- CARRIER. — Troubles mentaux et maladie de Basedow. (Encéphale 1908).
- CAPGRAS. — Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile. 1890.
- CHARPENTIER et COURBON. — Maladie de Basedow et psychose maniaque dépressive. (Soc. médico-psychologique, Novembre 1907).
- CLAUDE. — Discussion au Congrès de Dijon 1908 sur les glandes à sécrétion interne.
- CORDOVA. — Les troubles psychiques liés aux altérations des glandes à sécrétion interne. (Arch. de psy. et crimin. Buenos-Ayres 1908).
- DALCHE. — Accidents généraux de la vie génitale de la femme. Leurs rapports avec les dystrophies polyglandulaires. (Gaz. des Hôp. Avril 1912).
- DALMAS. — Troubles psychiques dans le goitre exophtalmique. Thèse 1909.
- DANIS. — Troubles endocrines et états mentaux. (Ach. of neurol. and psychiat, Août 1920).
- DEBOVE. — Hystérie développée chez une femme ovaricetomisée. (Soc. méd. Hôp. 1892).
- DELASIAUVÉ. — Phénomènes nerveux du goitre exophtalmique. (Soc. méd. Hôp. 1874).

- DELMAS. — Accès subintrants de confusion mentale au cours du goitre exophtalmique. Nemi thyroïdectomie. Guérison des troubles mentaux. (Revue neurologique 1910).
- DENY et MERKLEN. — Goitre exophtalmique et psychose maniaque dépressive. (Revue neurologique 1909).
- DENY. — Des différentes formes de la folie maniaque dépressive. (Congrès 1909).
- DEVAY. — Goitre exophtalmique avec mélancolie anxieuse guéri par l'opothérapie thyroïdienne. (Soc. méd. Lyon 1891).
- DROMART et LEVASSORT. — Dégénérescence mentale et maladie de Basedow. (Arch. de neurologie, Janvier 1906).
- DIDE. — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. (Congrès 1906).
- DUPRE. — Psychose périodique. (Encéphale 1909).
- GAUSSEN. — La mélancolie présénile. (Thèse Bordeaux 1911).
- GORRIERI. — Contribution à l'anatomie pathologique des glandes à sécrétion interne dans quelques formes de maladies mentales. (Rivista sperimentale di Frenatria, Juin 1913).
- GUIMBAIL. — De la ménopause à la folie. (Thèse Paris 1894).
- JARDRY. — Sécrétion interne de l'ovaire. Synergie thyroovarienne. (Thèse 1909).
- JOFFROY. — Rapports de la folie et du goitre exophtalmique. (Annales médico-psychol. Mars 1890).
- JOFFROY. — Troubles psychiques et hallucinations dans la maladie de Basedow. (Soc. méd. Hôp. Avril 1890).
- JUAREZ. — Troubles mentaux dans la maladie de Basedow. (La Clinica moderna, Saragosse 1908).
- GONZALO LAFORA. — Folie maniaque dépressive et Hyperthyroïdisme. (Revista Clinica de Madrid, Octobre 1913).
- HERISSON-LAPARRE. — Psychoses intermittentes et insuffisance rénale. (Rev. neur. 1916, p. 125).
- HERRICK. — Endocrinologist and Internist. (N. Y. Médic. journal, 14 Février 1920).
- KAHN. — La cyclothymie. (Arnette, éditeur).
- KRÉPELIN. — Psychiatrie. 1913.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne. (Rapport au Congrès des Aliénistes, Dijon 1908).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Sécrétions internes et psychoses. (Presse Médicale, août 1908).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La corrélation des glandes à sécrétion interne et leurs syndromes pluriglandulaires. (Gaz. des Hôp., 1908).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Les troubles glandulaires dans les syndromes neuropsychiques. (Tribune Médicale, sept. 1908).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Troubles des glandes à sécrétion interne chez les mélancoliques. (Revue de psychiatrie, octobre 1908).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Les psychoses thyroïdiennes. (Questions neurologiques d'actualité. (Masson 1922).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Sécrétions internes et système nerveux. (Revue de Méd., Août 1914).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Les sympathoses. (Presse Médicale, 1918).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Délire mélancolique avec sclérose thyroïdienne atrophique. (Encéphale 1919, n°s 10 et 12).
- LAGRIFFE. — Anaphylaxie et affections mentales. (Annales médico-psychol., 1916).
- LEPINE. — Anaphylaxie cérébrale. (Rev. neur., 1919). Considérations sur la nature et le traitement de la folie périodique. (Rev. neur., 1912).
- LAUD. — Troubles psychiques en rapport avec les règles, la grossesse et les couches. (Accouchement, 1908).

- LANDRY et Mlle CAMUS. — Psychose maniaque dépressive et maladie de Basedow. (Soc. Médico-psychol., nove. 1907).
- LATARJET. — Psychoses d'origine thyroïdienne et leur traitement chirurgical. (Congrès pour l'avancement des sciences, Grenoble, 1904).
- LEROY et BOUTET. — Folie intermittente et puerpéralité. (Encéphale, 1912).
- MAGNAN. ... Leçons cliniques.
- MARINESCO. — La nature toxique de la mélancolie anxieuse. (Société roumaine de neurologie et de psychiatrie, juin 1907).
- MASSELON. — La mélancolie.
- MATHIEU. — Goitre exophtalmique consécutif à l'ablation des ovaires. (Gaz. des Hôp., juin 1890).
- MOREL. — Traité des maladies mentales (1860).
- Victor PARANT Père. — De la manie simple non récidivante et de la psychose périodique. (Annales médico-psychol., 1910).
- PARHON et MARBE. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans la maladie de Basedow. (Encéphale, 1906).
- PARHON. — Un cas de mélancolie à la ménopause. (Rev. neurol., 1906).
- PARHON. — Recherches sur les glandes à sécrétion interne dans leurs rapports avec la pathologie mentale. (En roumain, Bucarest, 1910). Anal. in Rev. neurol., 1912).
- PARHON. — Rapport au congrès internat. de neurol. et psych. de Gand, 1913.
- PARHON. — Antagonisme des fonctions de l'ovaire et de la thyroïde. Arch. génér. de médecine, n° 3).
- PARHON. — Les sécrétions internes, pathologie, physiologie. (Maloine, 1909).
- PARHON. — Un cas de manie aiguë guérie par la thyroïdectomie. (Wiener méd. Woch. n° 1, 1915).
- PARHON. — Psychose prémenstruelle guérie par la thyroïdectomie. (Soc. de neurol. de Iassy, juin 1919).
- GOLDNER et GEORGIV. — (Soc. de neurol. de Iassy, décembre 1919).
- PARHON et STOCKER. — Recherches sur la glande thyroïde dans les psychoses affusives. — Soc. neur. Iassy, décembre 1919).
- PARHON et STOCKER. — Modifications de structure de lobe thyroïdien extirpé chez une mélancolique anxieuse, avec la bibliographie de l'anatomopathologie du Corps thyroïde dans les psychoses périodiques. (Encéphale, 1921, n° 1).
- PHILIPS. — Goitre et psychoses. (Jour. of. mental science, 1919).
- PRIOR. — Mental case of endocrine considérations. (Id., janvier 1920).
- REGIS. — Précis clinique.
- REGIS et CHEVALIER LAVAURE. — Les auto-intoxications dans les maladies mentales. (Congrès La Rochelle, 1873).
- REMOND. — De la valeur anaphylactique du syndrome mélancolique. (Ann. méd. psychol. 1914, p. 527).
- REMOND et VOIVÊNEL. — Essai sur la valeur de la conception krapelinienne de la manie et de la mélancolie. (Ann. médico. psychol., 1910).
- RAMADIER et MARCHAND. — La glande thyroïde chez les aliénés. (Encéphale, 1908).
- RODIAT et MASSELON. — Considérations sur l'étiologie de la mélancolie et sur la place de cette affection dans le cadre nosographique. (Encéphale, 1911).
- ROUVIER. — Psychoses puerpérales. (Alger, 1920).
- SAINTON. — Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne. (Encéphale, 1906).
- SAVAGE. — Trois observations de goitre exophtalmique avec aliénation mentale. (Grégo Hôpital Reports, 1882).
- SEGLAS. — Leçons cliniques.

- SOLLIER et CHARTIER. — L'opothérapie ovarienne dans certains troubles mentaux. (Congrès Dijon, 1908).
- STEEN. — Maladie mentale avec goitre exophtalmique (Journal of. mental science, janvier 1905. Anal. in Rev. neur., juillet 1905).
- TAUBMANN. — Les états psychiques morbides et les vésanies dans la maladie de Basedow. (Thèse, 1902).
- TILMANT. — Des relations du goitre exophtalmique avec l'insuffisance ovarienne. (Presse médicale, 27 mars 1919).
- VIGOUROUX. — Folie intermittente et brightisme. (Rev. neur., 1916).
- VIGOUROUX. — Dépression anxieuse postménopausique avec hypertension et glycosurie. (Soc. médico-psychologique, 1918).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Première partie. — Basedowiennes Périodiques.....	15
Deuxième partie. — Le Syndrome Physique de l'accès périodique	27
Troisième partie. — Expérimentation Biologique.....	35
Chapitre I. — Technique.....	35
Chapitre II. — Epreuve de l'Adrénaline.....	38
Chapitre III. — Tests de l'Adrénaline et de l'Extrait hypo- physaire. Essais de l'atropine et de la pilocarpine.....	59
Chapitre IV. — Résultats des Tests.....	98
Chapitre V. — Valeur des Tests.....	102
Chapitre VI. — Considérations générales.....	105
Conclusions	109
Index Bibliographique.....	111

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique I. — Témoin	62
— II. — Mlle Ba	64
— III. — Mlle Réch	70
— IV. — Mlle Fil	90
— V. — Mme Dum	94
— VI. — »	95

